Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

EINE UNTERSUCHUNG ZUM SELBSTMORDVERSUCH JUGENDLICHER

Empirische Erhebung zu den Konfliktfeldern der Jugendlichen

Inaugural Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Gundelinde-Suse Fritz
aus Pfedelbach
1980

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549627_0030

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

EINE UNTERSUCHUNG ZUM SELBSTMORDVERSUCH JUGENDLICHER

Empirische Erhebung zu den Konfliktfeldern der Jugendlichen

Inaugural Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
der
Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
Gundelinde-Suse Fritz
aus Pfedelbach
1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan :	Professor Dr. H. Heimann
1. Berichterstatter :	Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter :	Professor Dr. B. Pflug

Die Erhebung wurde gemeinsam geplant und durchgeführt. Bei der theoretischen Aufarbeitung wurde zum einen mehr Gewicht auf allgemeine Theorien und Konzepte zum Problem des Selbstmordes und Selbstmordversuchs gelegt (vgl. Arbeit von G. Fritz), zum anderen auf ausgewählte Probleme der Forschung zum Selbstmord und Selbstmordversuch und auf Überlegungen zu den spezifischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Arbeit von E. Gild). Bei der Aufarbeitung der erhaltenen Daten wurde eine gemeinsame Darstellung einiger von den Jugendlichen angegebenen Problembereiche vorgenommen, der Ablauf und die Bedeutung des Suizidgeschehens wurde von G. Fritz bearbeitet, während E. Gild ausgewählte Fälle darstellte.

Unser Dank gilt insbesondere den Mitarbeitern des Krankenhauses in Reutlingen, die uns die Durchführung der Gespräche mit den Jugendlichen ermöglichten.

Herrn Prof. Lempp danken wir für die freundliche Betreuung unserer Arbeit.

Seite

3.2.2.1.	Primordialsymptome sowie neurotische und psychosomatische Symptome im Rahmen suizidaler Handlungen bei Kindern/Jugendlichen	30
3.2.3.	Selbstmord als Ausdruck einer Depression	30
3.2.4.	Lerntheoretische Erklärungsversuche zum Selbstmord	34
4.	Versuche, die Erscheinungsform des Selbstmordes und den Verlauf zu beschreiben - die präsuizidale Situation	36
4.1.	DOUGLAS: Die Bedeutung der Selbstmordhandlung	36
4.2.	Selbstmord als Resultat eines Prozesses	37
4.2.1.	Das präsuizidale Syndrom von RINGEL	37
4.2.2.	JACOBS - Selbstmord als Ergebnis einer differentiellen Assoziation an rationalisierte Entscheidungen	39
4.2.3.	Suizid - als Ausdruck eines lebenslangen Versuchs der Streßbewältigung	40
5.	Einzeluntersuchungen	42
6.	Zusammenfassung und Kritik	45
7.	Versuche der Klassifikation des Selbstmordes und Selbstmordversuches und Prognose des Selbstmordversuches	48
7.1.	Klassifikationsansätze	48
7.2.	Prädiktion des Selbstmordes	53
7.3.	Zusammenfassung	55
8.	Die Untersuchung	59
8.1.	Erhebungszeitraum	59
8.2.	Diagnosestellung des Selbstmordversuches	59
8.3.	Die Krankenhaussituation	60
8.4.	Das Gespräch	61
8.4.1.	Vorgehen des Gespräches	62
8.4.1.1.	Kurze Erläuterung des Leitfadens	64
8.4.1.2.	Schwierigkeiten, Informationen über die Vorphase des Suizidversuches zu erhalten	64
8.4.1.3.	Zeitpunkt des Gespräches	65

		Seite
9.	Darstellung der erhaltenen Aussagen und Daten	66
9.1.	Geschlechterverteilung	66
9.2.	Beschreibung des Problemfeldes Jugendlicher	66
9.3.	Familiäre Situation	68
9.3.1.	Konflikte mit den Eltern	70
9.3.2.	Konflikte durch zu große Unabhängigkeit von den Eltern	72
9.4.	Beziehung zu Gleichaltrigen	74
9.4.1.	Partnerkonflikte	76
9.5.	Alkohol- und Drogenproblematik	77
9.6.	Ausbildung/Schule/Beruf	80
9.6.1.	Exkurs: Arbeitslosigkeit	82
9.6.1.1.	Vorbemerkung	82
9.6.1.2.	Zur Situation der jugendlichen Arbeitslosen	83
9.6.2.	Zufriedenheit mit Beruf/Lehre	86
9.6.3.	Schulsituation	87
9.7.	Das Suizidgeschehen	88
9.7.1.	Das "Arrangement"	88
9.7.2.	Die präsuizidale Situation	91
9.7.3.	Die Bedeutung der Selbstmordhandlung	93
9.7.4.	Überwiegen der appellativen Komponente	94
9.7.4.1.	Selbstmordversuch/Selbstmord als letzte Verhaltensmöglichkeit	94
9.7.4.2.	Selbstmord als neues Verhalten	95
9.7.4.3.	Überwiegen des evasiven Komponente	97
10.	Zusammenfassung und Diskussion	100
I.	Bibliographie	105
II.	Anhang	115

"Woran arbeiten Sie?" wurde Herr K. gefragt.
Herr K. antwortete: "Ich habe viel Mühe, ich bereite meinen nächsten Irrtum vor."

(Brecht)

Jede Arbeit - so auch die vorliegende - erhebt den Anspruch, relevante Erkenntnisse über das zu untersuchende Phänomen zu gewinnen.
Als möglicher Weg, diesem Anspruch gerecht zu werden, erschien es uns, einen Teilaspekt des Phänomens herauszugreifen, nach Studium der Literatur Hypothesen zu bilden und diese zu überprüfen. Diese Strategie wurde aus verschiedenen Gründen aufgegeben: das Literaturstudium lieferte wenig Kriterien, nach denen Präferenzen zu setzen wären.
So glauben wir, daß in vielen Fällen die Anhäufung einer Vielzahl untersuchter Variablen wenig zur Erfassung des Phänomens beiträgt.
Wieweit auf der anderen Seite die eigene Betroffenheit ein streng methodisches Vorgehen erschwert, muß offen bleiben.
Es erschien uns angemessen, den Selbstmordversuch Jugendlicher zu beschreiben, zu verstehen und einige uns suffizient erscheinende Erklärungsmodelle (mit den skizzierten Einschränkungen) anzuwenden.

1. Vorbemerkung

Durchsucht man wissenschaftliche Veröffentlichungen nach den Publikationen, die sich - mit sehr unterschiedlicher Zielsetzung - mit dem Phänomen des Selbstmordes und Selbstmordversuches beschäftigen, so erschwert die Fülle der Veröffentlichungen zunächst den Zugang zu dem Phänomen.

GIBBS (1968) führt - in Anlehnung an DAHLGREN - an, daß schon 1948 über 4000 Artikel und Bücher über den Selbstmord und Selbstmordversuch vorliegen. (Diese Zahl dürfte sich in den letzten 30 Jahren um ein Vielfaches erhöht haben.)

Folgt man GIBBS (1968), so hat kaum ein anderer Aspekt menschlichen Verhaltens so viel Aufmerksamkeit durch Forscher ganz verschiedener Disziplinen erfahren.

Zur Erklärung für diese überraschende Vielzahl von Veröffentlichungen werden sowohl pragmatische Überlegungen herangezogen (so weist die Statistik nach, daß für bestimmte Altersgruppen - Jugendliche und ältere Menschen - der Selbstmord eine häufige Todesursache darstellt; wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Phänomen könnte möglicherweise Maßnahmen zur Prävention nahelegen), als auch recht allgemeine, zum Teil auf der Verwunderung über die "Natur" des Menschen beruhende Überlegungen, die sich besonders verwirrend in solchen Grenzsituationen zeigt, wo ein Mensch bereit ist, sein Leben aufzugeben.

Einige Autoren (GIBBS, 1968; FARBER, 1968; SHNEIDMAN, FARBEROW, LITMAN, 1970) betonen, daß der Mensch das einzige Lebewesen sei, das sich selbst tötet.

Mit dieser kurzen Ausführung über die möglichen Gründe für das weitreichende Interesse am Phänomen des Selbstmordes sind Probleme angeschnitten worden, die vereinfachend als die besondere Problematik des "Forschungsgegenstandes" und als die Problematik der "Verwertung" von Erkenntnissen bezeichnet werden können.

1.1. Problematik des "Forschungsgegenstandes"

Ohne auch nur annähernd vollständig darüber referieren zu können, sollen kurz folgende Überlegungen dargestellt werden: Auf die Kontroverse, ob Wissenschaften, die sich mit dem Verhalten und Erleben eines Menschen beschäftigen, so wie es Psychologie und Soziologie, die Psychiatrie und Teilbereiche der Medizin für sich in Anspruch nehmen, eine ihrem Gegenstand angemessenere "geisteswissenschaftliche" Methode wählen sollen oder sich einer - durch den Fortschritt der Naturwissenschaften so positiv bewerteten - "naturwissenschaftlichen" Methode bedienen sollten, wird nicht eingegangen. Diese Kontroverse wird meist - zumindest auf einer allgemeinen Ebene - dahingehend gelöst, daß der Unterschied der Forschungsgegenstände "auf der Hand liegt": So mußte Galilei, "als er durch empirische Studien die Fallgesetze aufstellte, ... nicht befürchten, daß die Steine über sich und ihr Fallen nachdenken." (LAUCKEN, 1974, S. 232). Eine Wissenschaft, die mit dem Menschen konfrontiert ist, muß Erwartungen, Befürchtungen und Manipulationen des aus seiner Objektrolle heraustretenden Subjekts, sowie die auf seiten des Forschers ebenso ablaufenden Prozesse und die Interaktion zwischen diesen beiden Subjekten mit in Rechnung stellen. Diese Unmöglichkeit, Subjekt und Objekt zu trennen, erschwert eine "Objektivität" des Denkens (PIAGET, 1973). Damit ist wohl ein Teil dessen thematisiert, was eingangs als "Verwunderung" über die Natur des Menschen bezeichnet wurde. So bezeichnet SHAPIRO (1976) als entscheidende Frage der Selbstmordforschung: "Was bedeutet es, derjenige Seiende zu sein, zu dessen Bewußtheit des Seins auch die Bewußtheit der Möglichkeit des Nichtseins gehört?" (SHAPIRO, 1976, S. 60). Wie HOELLER (1973) ausführt, sollte sich gerade Forschung, die sich mit extremen Grenzbereichen beschäftigt, so wie z.B. die Selbstmordforschung, die Frage stellen, welches die ihrem "Gegenstand" angemessene Methode darstelle. HOELLER kritisiert

die bis jetzt vorliegenden Ansätze, da sie - seiner Meinung nach - durch die überwiegend verwendeten Methoden (Aufstellung von Hypothesen zur Erklärung des Phänomens, Überprüfung durch empirische Erhebung oder Experimente) - ihren "Gegenstand" in seiner Gesamtheit nicht erfassen könnten und schlägt als Alternative ein rein phänomenologisches Vorgehen vor. Diese Anregung soll an anderer Stelle noch einmal aufgegriffen werden.
Als pragmatische Rechtfertigung zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Selbstmord wurde die Möglichkeit angegeben, Maßnahmen zur Prävention zu ergreifen. Dabei stellt sich aber die Frage nach der Bewertung des Selbstmordes (denn - vereinfachend ausgedrückt - nur wenn ein Phänomen als "unerwünscht" gilt, ist es sinnvoll, das Auftreten dieses Phänomens zu verhindern).
Dieses Problem der Bewertung des Selbstmordes soll an dieser Stelle nur kurz - und ohne historische und kulturelle Veränderungen zu berücksichtigen - eingegangen werden. Es sei jedoch vorab diese Überlegung formuliert: Bewertung des Selbstmordes - z.B. als krank, abweichend oder als Ausdruck der letzten Freiheit des Menschen - fließt in die wissenschaftliche Beschäftigung mit ein, die dann zwar genau festgelegten "Spielregeln" gehorcht und somit scheinbar sich mehr oder weniger einer objektiven "Wahrheit" nähert. Damit wird angesprochen, was ALBERT (1968, S. 63) das Problem der Wertbasis genannt hat, d.h. "inwieweit sozialwissenschaftlicher Forschung und Aussagesystemen Wertungen zugrundeliegen".

1.2. Bewertungen des Selbstmordes

Der wohl aktuellste Anstoß, Bewertung des Selbstmordes zu überdenken, stammt im deutschsprachigen Raum von AMERY, der die Freiheit, die sich in der Selbstmordhandlung zeigt, als Antithese zur Krankheit, die sich im Selbstmord zeigen soll, aufstellt und daraus ein Verbot ableitet, den Mensch

an der Ausführung dieser Handlung zu hindern (AMERY, 1976; AMERY in POHLMEIER, 1978a).
PRETZEL (1968) stellt ebenfalls an den Anfang seiner Überlegungen zu den philosophischen und ethischen Implikationen der Selbstmordverhütung die Frage nach der Berechtigung, die Entscheidung eines Menschen, sein Leben zu vernichten, nicht anzuerkennen, indem man ihn daran hindert, dies zu tun.
Dabei schließt er aus dieser Frage all diese Fälle aus, wo der Betroffene vor seinem Selbstmordversuch selbst um Hilfe bittet, oder wo er offensichtlich geistig zu verwirrt ist ("mental disturbed"), solche Entscheidungen zu treffen. (PRETZEL gibt jedoch auch keine Kriterien dafür an, wann jemand so "verwirrt" ist, d.h. krank und im Rahmen dieser Krankheit "unzurechnungsfähig", daß Verhütung des Selbstmordes nicht nur im Sinne des betreffenden Individuums ist, sondern sogar eine Verpflichtung darstellt.)
Einer individuellen Freiheit zum Tode stellt PRETZEL den Anspruch der Gesellschaft an ihre Mitglieder entgegen. Dabei könne eine Gesellschaft nur einen gewissen Grad an Deviation einzelner Mitglieder oder Gruppen dulden.
Nach einer kurzen Ausführung verschiedener Bewertungen des Selbstmordes, die von der Verdammung des Selbstmordes als Sünde in der frühchristlichen Lehre bis zur "Verklärung" des Selbstmordes vor allem in fernöstlichen Kulturen reicht, läßt auch PRETZEL die Frage nach einer verbindlichen Bewertung offen und stellt dieses Problem in die Verantwortlichkeit des einzelnen.
Weder die Annahme, Selbstmord sei Zeichen schwerer seelischer Erkrankung und die daraus abgeleitete Verpflichtung der Selbstmordverhütung, noch die Annahme, Selbstmord sei Zeichen höchster menschlicher Freiheit und das daraus abgeleitete Verbot einer Selbstmordverhütung, können uneingeschränkt aufrechterhalten werden. Die Schwierigkeit, exakte Kriterien dafür zu finden, wann ein Mensch nicht mehr aus freiem Willen heraus handelt, son-

dern durch bestimmte Krankheiten Einsichtsfähigkeit einbüßt, ist offensichtlich.
Dabei zeigt sich gerade bei Selbstmorden und Selbstmordversuchen Jugendlicher, wie schwer es fällt, diese Entscheidung als "frei" zu bezeichnen.
Die grundsätzliche Frage, wieweit ein Mensch überhaupt "Willensfreiheit" besitzt, soll jedoch hier offen bleiben.
Während jedoch der Selbstmord Erwachsener unter bestimmten Bedingungen akzeptiert wird - dies schlägt sich nicht zuletzt in der Annahme eines sogenannten Bilanzselbstmordes nieder, der die Vorstellung ausdrückt, Selbstmord stelle eine Abrechnung mit dem Leben dar (der Offizier, der sich nach verlorener Schlacht erschießt oder ähnlich romantisierende Beispiele, die oft den Beigeschmack des Heldentums haben) -, erscheint der Selbstmordversuch Jugendlicher als anderes Problem: Zur Betonung des Unterschiedes zwischen den Selbstmorden Jugendlicher und Erwachsener werden zum einen Klischees herangezogen, die "blühende" Jugend betreffend und die Verwunderung darüber, wie ein junger Mensch, dem "noch alles offensteht", sein Leben aufgeben kann, zum anderen werden jedoch ernsthafte Überlegungen darüber angestellt, ob nicht bei den in dieser Phase hoher psychischer, sozialer und biologischer Beanspruchungen auftretenden Krisen eine Verpflichtung zur Hilfeleistung besteht.
Ohne diese Diskussion zu Ende zu führen, soll noch kurz POHLMEIER (1978a) zitiert werden, der ein Recht auf Selbstmordverhütung annimmt, deren Voraussetzung Unaufdringlichkeit ist, d.h. "Freiheit und Würde des anderen respektieren und ihn seinen Tod sterben lassen zu können" (POHLMEIER, 1978, S. 48) ... "auf der anderen Seite steht die Fähigkeit, einen Hilferuf zu vernehmen und ihn nicht zu überhören". Dies soll auch als Kriterium für den Umgang mit selbstmordgefährdeten Jugendlichen gelten, wobei Respekt vor der Entscheidung des Jugendlichen und die Bereitschaft, die Ernsthaftigkeit seiner Gründe anzuer-

kennen, Grundlage aller Hilfe sein muß.
Faßt man dagegen den Selbstmord als Akt höchster menschlicher Freiheit auf, müßte sehr schnell die Frage kommen, welchen Sinn eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Selbstmord hätte; Prävention und Prophylaxe wären unwichtig und die psychologische oder soziologische "Sektion" des Selbstmörders stellten eine l'art pour l'art dar.
Auf rechtliche Probleme der Selbstmordverhütung weist u.a. ENGISCH hin; dabei thematisiert er anfangs, wieweit die Rechtssprechung überhaupt in der Lage ist, diese Bereiche menschlichen Handelns zu regeln, leitet aber eine Verpflichtung ab, Normen aufzustellen. Suizid und Suizidversuch sind in unserer Rechtssprechung straffrei, während jedoch Pflicht zur Hilfeleistung - auch gegen den Willen der betroffenen Person - bestehen kann. ENGISCH verweist auf die Fälle, wo der Suizidversuch Ausdruck schwerer seelischer Krankheit ist und den Fall, wo schon Bewußtlosigkeit eingetreten ist. Auch POHLMEIER (1978b) betont, Selbstmord als Ausdruck von Krankheit verpflichte zur Hilfeleistung.
Die Bewertung des Verhaltens anderer Menschen, vor allem eines Verhaltens oder einer Handlung, die sich meist dem eigenen Erfahrungshorizont entzieht, kann bis jetzt durch keine verbindlichen Richtlinien festgelegt werden. Die Diskussion der Menschenwürdigkeit oder -unwürdigkeit der Selbstmordverhütung kann nicht erschöpfend ausgetragen werden. Die Anregung von AMERY jedoch, wieweit "unser Instrumentarium der Wissenschaft" sinnvoll ist, da die "logische Sprache dabei natürlich immer wieder an ihre Grenzen stößt, nämlich an die Grenzen der Absurdität des Lebens und des Todes überhaupt" (AMERY in POHLMEIER, 1978a, S. 14), sollte - ohne es näher zu explizieren - als wohl eher intuitiv zu nehmendes Kriterium für den Sinn wissenschaftlicher Beschäftigung mit diesem Problem miteingehen.

1.3. Ordnungskriterien für Literaturübersicht

Bevor einige Theorien und Konzepte zum Selbstmord und Selbstmordversuch kurz dargestellt werden, sollen die wichtigsten Ordnungskriterien, denen diese Darstellung weitestgehend gehorcht, thematisiert werden.
(Dabei muß jedoch auf die "Willkür" der Auswahl der dargestellten Ansätze hingewiesen werden: bei dieser Fülle von Publikationen kann eine Bedingung wie die "Verfügbarkeit" der Literatur einen wichtigen Einfluß gewinnen.)
Die Vielschichtigkeit des Phänomens, das Fehlen einer oder mehrerer integrativer Theorien macht es unmöglich, jeden Aspekt, der als relevant für den Selbstmord angesehen wurde, aufzuführen. (PORTERFIELD in GIBBS (1968) führt eine Vielzahl von Variablen auf, die in Zusammenhang mit dem Selbstmord gebracht wurden, so z.B. Körpergröße, Augenfarbe, sozialer Status, klimatische Bedingungen und vieles mehr.)
Eine Beschränkung in der vorliegenden Arbeit auf einige wenige Ansätze erscheint deshalb notwendig: Zur Darstellung gelangten zum einen Ansätze und Theorien, deren historische Bedeutung - über inhaltliche Implikationen hinaus - unumstritten ist, zum anderen Konzepte, die einen möglichst guten Überblick über die verschiedenen Ergebnisse zur Beschreibung und Erklärung des Phänomens liefern.
Weiterhin wird bei manchen Konzepten noch darauf hingewiesen, wieweit sie einen eher beschreibenden oder erklärenden Zugang zum Phänomen des Selbstmord/-versuches wählen.
(Natürlich kann Beschreibung als notwendige Bedingung für Erklärungsansätze aufgefaßt werden, d.h. jede Erklärung eines Sachverhaltes ist der adäquaten Beschreibung nachgeordnet.)
Dabei muß jedoch an dieser Stelle schon darauf hingewiesen werden, daß das Anliegen einen Sachverhalt zu beschreiben oft aufgegeben wird, indem das Zustandekommen dieses Sachverhaltes - oft ohne empirische Prüfung - erklärt wird.

Von diesen Versuchen - Erstellen einer Theorie des Selbstmordes und Beschreibung des Selbstmordes - gesondert dargestellt werden einige Einzeluntersuchungen, die als "theorielos" bezeichnet werden können. Dabei ist bei vielen Untersuchungen nicht geklärt, warum gerade diese oder jene Variable als bedeutsam für das Gesamtphänomen angesehen wird.
Zuerst soll noch auf Probleme hingewiesen werden, die beinah allen Ansätzen gemeinsam sind: die saubere definitorische Erfassung des Phänomens und die Schwierigkeiten der Datengewinnung.

2. Allgemeine Probleme der Selbstmordforschung

2.1. Semantische Probleme des Begriffes "Selbstmord"

Auf die Paradoxie, diesen Akt, wo ein Mensch sich selbst tötet, als "Mord" zu bezeichnen, hat AMERY hingewiesen: da zum "Mord ... zwei phänotypische Gestalten, der Mörder und sein Opfer, gehören" (AMERY in POHLMEIER, S. 13), schlägt AMERY vor, die Bezeichnung "Freitod" oder "Selbstabschaffung" zu wählen. Einwände gegen diese Begriffe zielen vor allem darauf ab, daß zwar das Wort "Freitod" keine logische Unsauberkeit enthält, jedoch ebenso stark Wertungen vornimmt. Die Wahl der Bezeichnung dieses Aktes z.B. Selbstmord, Selbstzerstörung (MENNINGER, 1938, Ausgabe 1974), Selbstvernichtung (ZWINGMANN, 1965), Freitod hat - außer ihrer moralischen und ethisch wertenden Implikation - möglicherweise Konsequenzen für die Praxis. So beinhaltet der Begriff "Mord" die vorsätzliche gewaltsame und unrechtmäßige Tötung menschlichen Lebens. JÖRNS (1979) bezweifelt darüberhinaus, ob bei allen Selbstmordhandlungen wirklich getötet werden soll. "Sein (des Suizidalen) eigentliches Ziel ist es nicht, sich auszulöschen. Er will vielmehr mit der suizidalen Handlung etwas erreichen, was er ohne sie nicht mehr erreichen zu können glaubt." (JÖRNS, 1979, S. 20). Der Begriff Selbsttötung dagegen beschreibt nur die Handlung, der lateinische Begriff des "Suizids" beinhaltet zwar ins Deutsche übersetzt Selbsttötung und Selbstmord, sorgt aber durch den Verfremdungseffekt für mehr Sachlichkeit.
Aus Gründen, die vor allem in der Gewohnheit - dem üblichen allgemeinen Sprachgebrauch - liegen, soll in der vorliegenden Arbeit die Bezeichnung "Selbstmord" ebenso verwendet werden.

2.2. Definition des Selbstmordes

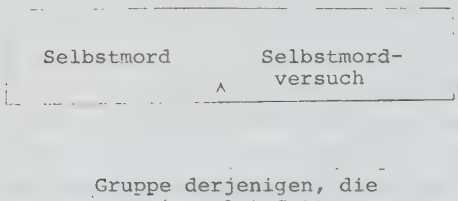
Es herrscht Uneinigkeit darüber, was als "Selbstmord" zu gelten hat: So schlägt DURKHEIM (1897, deutsche Ausgabe 1973, S. 27) vor als Selbstmord jeden Todesfall zu benennen, der "direkt oder indirekt auf eine Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, die vom Opfer selbst begangen wurde, wobei es das Ergebnis seines Verhaltens im voraus kannte".
Auf die Schwierigkeit gemäß der Definition von DURKHEIM auch die Fälle zu erfassen, wo eine sehr ernstzunehmende Tötungsabsicht besteht, jedoch aus Zufall diese nicht verwirklicht wird und von den Fällen abzugrenzen, wo - entgegen der Absicht - tödliche Konsequenzen resultieren, weist GIBBS (1968) hin: DURKHEIM verwendet als Kriterium für "Selbstmord" nur die Konsequenzen der Handlung.
Gerade die Vernachlässigung des intentionalen Aspektes der Handlung brachte einige Autoren dazu, die Todesabsicht als Entscheidungskriterium zu wählen (SHNEIDMAN, FARBEROW, LITMAN, 1970; PORTERFIELD in GIBBS, 1968). Nach der Art und Ausprägung der Absicht zu sterben, gelangt SHNEIDMAN zu drei Ebenen der Selbstmordhandlung: der voll beabsichtigten Handlung; der Handlung, die tödliche Konsequenzen zwar nicht ausschließt, aber auch nicht voll beabsichtigt; und der dritten Handlung, die durch keine Aktivität gekennzeichnet ist, den Tod zu suchen.
Die Ausdehnung der DURKHEIM'schen Selbstmorddefinition wurde in noch größerem Maße von Autoren wie z.B. MENNINGER (1938, deutsche Ausgabe 1974) vorgenommen, der jegliches Verhalten, das bestimmte Zerstörungen nach sich zieht, auf einem Kontinuum ansiedelt, an dessen Ende der "vollendete" Selbstmord steht.
Eine saubere empirische Erfassung des Phänomens ist bei dieser Ausdehnung des Selbstmordkonzepts auf alle Formen selbstzerstörerischen Verhaltens nicht mehr möglich.
Die Schwierigkeit, keine allgemein akzeptierte Definition des "Selbstmordes" zu finden, zieht die Schwierigkeit

nach sich, standardisierte Kriterien für die Entscheidung, ob ein Tod durch eine Selbstmordhandlung verursacht war, aufzustellen (STENGEL, FARBEROW, 1968; BROWN, SHERAN, 1972).

2.3. Abgrenzung von Selbstmord und Selbstmordversuch

Nach DURKHEIM fällt der Selbstmordversuch unter seine Definition des Selbstmordes, unterscheidet sich von diesem aber darin, daß die "Handlung abbricht, ehe der Tod eintritt." (DURKHEIM, 1973, S. 27).
Ebenso wie DURKHEIM, der den Selbstmordversuch als qualitativ gleiche Handlung wie den vollendeten Selbstmord ansieht, so nehmen auch die meisten tiefenpsychologisch orientierten Autoren ein Kontinuum selbstzerstörerischer Handlungen an, an dessen Ende der vollendete Suizid steht. Welche Ausprägung die selbstzerstörerische Handlung annimmt, hängt vom Ausprägungsgrad der (allen selbstzerstörerischen Handlungen gemeinsamen) vermuteten Störung ab.
So postuliert MENNINGER bei anderen Erscheinungen, wie z.B. Impotenz und Frigidität eine dem Selbstmord ähnliche Dynamik. Die Trias selbstzerstörerischer Impulse wird von MENNINGER als spezifisch für die menschliche Triebstruktur angesehen (MENNINGER, 1938, Ausgabe 1974).
HENSELER (1974) sieht Selbstmord und Selbstmordversuch als Ausdruck des Grades der narzißtisch gestörten Persönlichkeit. Dieses Modell (vgl. auch 3.2.1.) wendet HENSELER ebenso auf andere Phänomene an, wie z.B. Sucht, die seiner Meinung nach Suizidäquivalente darstellen sollen.
RINGEL betont ausdrücklich, daß zwischen Suizid und Suizidversuch nur ein qualitativer Unterschied besteht, der vom Grad der Selbstmordtendenz abhängig ist. Der Ausprägungsgrad der Störung - Charakterneurose - determiniert somit letztlich den Ausprägungsgrad der suizidalen Handlung bis hin zum vollendeten Suizid.

Einige Autoren (STENGEL, COOK, 1958; STENGEL, 1969; GIBBS, 1968; GREAVES, 1972) fassen den Selbstmordversuch als eine nicht mit dem vollendeten Suizid vergleichbare Handlung auf. Nach STENGEL soll es sich bei Selbstmord und Selbstmordversuch um zwei verschiedene Populationen handeln, die sich in einigen Punkten überschneiden können. Zwischen diesen beiden Populationen soll nach STENGEL eine Gruppe bestehen, die in einer Art Gottesurteil dem Zufall die Entscheidung über Leben oder Tod überläßt:



Bei einem Großteil der Selbstmordversuche - so STENGEL - ist das Eingreifen anderer sicher oder wahrscheinlich. Somit stelle der Selbstmordversuch eine eigenständige soziale Verhaltensweise dar, die primär als Appell an das soziale Umfeld zu verstehen sei: Auf diesen Appellcharakter weisen auch FARBEROW, SCHNEIDMAN (1961) hin, sie bezeichnen den Selbstmordversuch als Schrei nach Hilfe.
Die Annahme von zwei verschiedenen Gruppen wird von den Autoren noch dadurch gestützt, daß die Population der "vollendeten" Selbstmörder und der Selbstmordversuche unterschiedliche - meist demographische - Charakteristika aufweist.
Innerhalb der Gruppe der Selbstmordversuche werden dann weitere Differenzierungen vorgenommen - meist aufgrund der Ernsthaftigkeit der Todesabsicht oder dem Schweregrad der zugefügten Verletzung (Begriffe wie Pseudosuizid, Parasuizid, simulierter Suizid etc. versuchen diesen Grad der

Ernsthaftigkeit der Selbstmordhandlung zu fassen.)
Während der vollendete Suizid immer noch als wichtigstes Definitionskriterium den tödlichen Ausgang der Handlung hat, ist die Abgrenzung zwischen "Selbstmordversuch" und versehentlicher Verletzung, die mit keinerlei Todesabsicht verknüpft ist, jedoch vom Individuum selbst verursacht wurde, sehr schwierig.
Selbst bei der Wahl "objektiver Indikatoren" für Ernsthaftigkeit der Todesabsicht (wie z.B. Art und Schweregrad der Verletzung, Suche nach Hilfsmöglichkeiten, Ort der Durchführung) können keine "objektiven" Urteile gefällt werden. Die sogenannten "objektiven" Indikatoren spiegeln nicht wider, wieweit die Person, die einen Selbstmordversuch unternimmt, Kenntnis z.B. über die Letalität der von ihr verwendeten Methode hat (und was diese Kenntnis für sie bedeutet).
Zumindest auf diesen Aspekt, den "objektiven" Indikator, Schweregrad der Verletzung, aus der Bewertung und Definition des Selbstmordversuches herauszunehmen, haben STENGEL, COOK (1958) und BECK, BECK und KOVACS (1975) hingewiesen.

2.4. Möglichkeiten der Datengewinnung

Die lapidare Feststellung, Personen, die einen Selbstmord begangen haben, stehen der wissenschaftlichen Untersuchung nicht mehr zur Verfügung, erübrigt sich.
Damit bleibt zur Erfassung des Selbstmordes nur die "retrograde Datenerhebung": die offizielle Selbstmordstatistik und die post-facto-Auswertung persönlicher Dokumente (Tagebücher, Abschiedsbriefe), Krankenkarteien (sofern der Betreffende in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung war) und die Befragung der Angehörigen als Datenquellen.

2.4.1. Die offizielle Selbstmordstatistik

Die Selbstmordstatistik wird überwiegend von Soziologen als Grundlage ihrer Theorienbildung und Überprüfung von Hypothesen verwendet.
Dabei soll auf folgende Schwierigkeit, die die Reliabilität dieser Daten einschränkt, hingewiesen werden: die Uneinigkeit über die "richtige" Selbstmorddefinition bedingt nicht nur zwischen einzelnen Wissenschaftlern, sondern auch zwischen Wissenschaftlern und offiziellen Stellen eine uneinheitliche Klassifizierung von Todesfällen als Selbstmord.
PORTERFIELD in GIBBS (1968) weist noch daraufhin, daß offizielle Stellen - möglicherweise auch zur Schonung der Angehörigen - die Bezeichnung eines Todesfalles als "Selbstmord" vermeiden.
Diese Verzerrung der Statistik durch unterschiedliche Registrierung kann typisch für bestimmte Länder und Kulturkreise sein: So hängt die Bereitschaft, Todesfälle entweder als Selbstmord oder als Unfall zu bezeichnen, davon ab, in welchem Maße der Selbstmord sanktioniert wird. Mit diesem Argument erklärt POKORNY (1973) auch das "skandinavische Selbstmordphänomen", d.h. die stark unterschiedliche Selbstmordrate in Norwegen und Dänemark.
Widerspruch gegen diese Position wurde vor allem von COOMBS und MILLER (1973) geäußert, da nach ihren Erhebungen der Unterschied in der Selbstmordrate bei norwegischen und dänischen Emigranten in den USA dem Unterschied der Selbstmordrate ihrer Heimatländer entsprach, schlossen sie, daß bei gleicher Registrierung die Selbstmordrate Rückschlüsse auf Charakteristika der Populationen zulasse und kein Artefakt darstelle. (Man könnte jedoch noch anmerken, daß eine Konstanz der Selbstmordrate bei Einwanderern eher die - von den Autoren abgelehnte und auch in der Form sicherlich falsche - Interpretation einer "genetischen" Verankerung des Suizids zuließe, da ja nicht nur die Registrierung des Suizids in den USA einheitlich für beide

Volksgruppen ist, sondern auch die Lebensbedingungen ähnlich sein können.)
GIBBS (1968) führt an, daß offizielle Statistiken nicht "absolut reliabel" sein können, weist jedoch auf ihre relative Reliabilität hin: wenn Fehler in der Registrierung der Selbstmorde in jeder Population gemacht werden, der Fehler jedoch einigermaßen konstant bleibt, kann eine Statistik als relativ reliabel angesehen werden.
(GIBBS führt noch aus, daß - ebensowenig wie die absolute Reliabilität - die relative Reliabilität bestimmt werden kann, es jedoch sinnvoll ist, daß Forscher, die ihre Daten aus diesen Statistiken gewinnen, "assume relative reliability and do not offer evidence in support of the assumption" (GIBBS, 1968, S. 14)).

2.4.2. Die post-facto-Methode

NEURINGER (1962) bezeichnete die Auswertung persönlicher Dokumente als "method of residuals".
Es existieren einige Ansätze, die vor allem Abschiedsbriefe einer Analyse unterziehen (BIENER, BURGER, 1976; JACOBS, 1974; OSGOOD, WALKER, 1959; SHNEIDMAN, 1968).
Ebenfalls als "post-facto"-Auswertung wird die Befragung Angehöriger bezeichnet.
Die post-facto-Methode bleibt meist unbefriedigend: Die Schwierigkeit besteht zum einen darin, durch die Analyse von Abschiedsbriefen zu Aussagen über das frühere Befinden und Erleben der betreffenden Person zu gelangen, zum anderen in der mangelnden Objektivität der Aussagen Angehöriger.
Mögliche Bewältigungsmechanismen der Angehörigen verzerren die Darstellung und es stellt sich die Frage, wieweit der Untersucher die Möglichkeit und das Recht hat, auf diese Verzerrung hinzuweisen, um "objektivere" Daten zu erhalten.

2.4.3. Die pre-facto-Methode

Die pre-facto-Methode besteht in der Analyse der Daten von Personen, die entweder einen Selbstmordversuch unternommen haben oder vor ihrem Selbstmord oder Selbstmordversuch "Beratungsstellen" (in den USA werden darunter vor allem die sogenannten 'suicide prevention centers' verstanden) aufgesucht hatten.
Dadurch ist in Längsschnittstudien ein Vergleich zwischen Personen, die keinen weiteren Selbstmordversuch verüben und Personen, die sich doch noch das Leben nehmen, möglich.
Gerade bei Längsschnittuntersuchungen aufgefundene Unterschiede zwischen Personen, die einen Selbstmord verüben und Personen, die als nicht mehr selbstmordgefährdet gelten, stellen nicht unbedingt eine Erklärung für den Selbstmord des betreffenden Personenkreises dar: die früher erhobenen Merkmale können durch nicht mehr erfaßte Umstände irrelevant für den Selbstmord sein. (So könnte z.B. unterschiedliche Behandlung nach dem ersten Selbstmordversuch, Reaktionen der Umwelt usw. eher für den erneuten Selbstmordversuch verantwortlich sein.)
Eine weitere wichtige Überlegung besteht darin, daß aufgrund ethischer Beschränkungen (es ist einleuchtend, daß sich z.B. die Durchführung von Streßexperimenten oder Experimenten mit starker Angstinduktion bei Suizidgefährdeten verbietet) die "Datenerhebung" niemals vollständig sein kann. (Auch weniger krasse Beispiele könnten angeführt werden: so können manche Problembereiche nicht erschöpfend erfragt werden, da negative Reaktionen des Suizidgefährdeten ein "Weiterfragen" unmöglich machen.)

Es muß offen bleiben, ob nicht die aufgefundenen Charakteristika von Personen, die solche Einrichtungen (wie sogenannte 'prevention centers') aufsuchen und damit aktiv nach Hilfe suchen, nur gerade für diese Gruppe zutreffen, oder ob sie generalisierbar sind auf die Gruppe von Personen, die ohne Suche nach Hilfe Selbstmord verübt.

2.4.4. Die Dunkelziffer des Selbstmordes/Selbstmordversuches

Auf die hohe Dunkelziffer vollendeter Selbstmorde wurde schon hingewiesen, da sich diese in der mangelnden Reliabilität der offiziellen Selbstmordstatistik niederschlägt. (Sehr viele Selbstmorde werden nicht als solche erkannt und häufig als 'Unfälle' etc. aufgeführt.)
Die hohe Dunkelziffer bei Selbstmordversuchen kann dadurch bedingt sein, daß in vielen Fällen ein Selbstmordversuch von der Person, die ihn verübt als auch von den Angehörigen als 'Schande' empfunden wird. (Darauf weist auch DOUGLAS, 1967, hin.) Möglicherweise resultiert daraus ein Bemühen, den Selbstmordversuch zu "vertuschen", indem entweder - falls möglich - keine offizielle Stelle eingeschaltet wird (als "offizielle" Stelle kann in diesem Zusammenhang auch ein Krankenhaus bezeichnet werden) oder die Tötungsabsicht bestritten wird.
Aus der hohen Dunkelziffer - vor allem von Selbstmordversuchen - resultiert die Beschränkung der Generalisierbarkeit aufgefundener Charakteristika: es wäre denkbar, daß die zur Untersuchung gelangenden Personen eine Subgruppe mit bestimmten für sie charakteristischen Merkmalen darstellen (so weist GIBBS, 1968, darauf hin, daß z.B. die von vielen Psychiatern als Erklärung des Selbstmordes aufgeführten psychischen Erkrankungen nur für die Population zutreffen, die auch von einem Psychiater untersucht werden).
Um diese - durch die Dunkelziffer verursachten - Probleme zu umgehen, wurden Versuche unternommen, mit Hilfe von Fragebogen noch nicht auffällige, jedoch als selbstmordgefährdet einzustufende Personen zu erfassen und auf bestimmte Merkmale hin zu untersuchen (LEONARD, FLINN, 1972; MURRAY, 1973; LESTER, 1968; SAWYER, 1969). Die Angaben über den Anteil der als ernsthaft selbstmordgefährdet zu bezeichnenden Personen in einer nicht auffälligen Population schwanken von 15% (LESTER), 18% (LEONARD und FLINN), 40% (MURRAY) bis 80% (CAVAN, 1965, zitiert nach MURRAY, 1973).

Die Gründe für diese extremen Schwankungen werden nur kurz skizziert: So ist natürlich bei Konstruktion eines solchen Fragebogens das Problem nicht zu umgehen, was als "Kriterium" für Selbstmordgefährdung zu gelten hat. Weiterhin kann auch der Grad der Beeinflußbarkeit der Fragebogenergebnisse in Richtung der sozialen Erwünschtheit starke Verzerrungen bedingen.

3. Erklärungsansätze zum Selbstmordphänomen

3.1. Selbstmord als Ausdruck sozial-struktureller Charakteristika

Die Darstellung einiger vorwiegend soziologisch orientierter Theorien (DURKHEIM, CAVAN, GIBBS und MARTIN, HENRY und SHORT) im Rahmen dieser Arbeit soll die Bedeutung sozialer Variablen für die Erklärung des Selbstmordes illustrieren. Wie MARTIN (in GIBBS, 1968) ausführt, lautet die zentrale Frage, die mit Hilfe soziologischer Methode und Forschung beantwortet werden soll, nicht, warum ein bestimmtes Individuum Selbstmord begeht, sondern weshalb die Selbstmordrate zwischen verschiedenen Populationen variiert. Damit erübrigt sich auch eine Kritik, die darauf abzielt, daß ja nicht alle "Protestanten", "Geschiedenen" etc. Selbstmord begehen, sondern nur ganz bestimmte Individuen.

3.1.1. Der Ansatz von DURKHEIM: Soziale Integration und Regulation

Die klassische Studie von DURKHEIM 'Le Suicide' (1897) regte nicht nur eine wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Thema an, sondern setzte bis zu einem gewissen Grad Marken, an denen sich auch heute noch soziologische Forschung orientiert. Ziel seiner Studie war es, die Soziologie als eigenständige Wissenschaft zu etablieren: "If suicide, an obvious unusual and individual act, could be shown to be caused by social factors ... other less 'individualized' behavior should be even more dependent on 'social facts'." (AKERS, 1977, S. 283)
Ausgangspunkt der Theorienbildung war für DURKHEIM die Variation der Selbstmordrate zwischen verschiedenen Populationen.
Zwei Charakteristika dieser Populationen sind vorrangig: soziale Integration und soziale Regulation.

Alleine oder in Kombination bestimmen diese zwei Variablen die sozialen Bedingungen, die für die Höhe der Selbstmordrate verantwortlich sind. Diese Bedingungen bezeichnete DURKHEIM als egoistisch, altruistisch, anomisch und fatalistisch. (Der fatalistische Selbstmord wird bei DURKHEIM nur in einer Fußnote erwähnt, s. DURKHEIM, deutsche Ausgabe 1972, S. 318).
Egoistischer Selbstmord soll Ausdruck mangelnder sozialer Integration in eine Gruppe sein (so wird z.B. die höhere Selbstmordrate der Protestanten verglichen mit der Rate von Katholiken durch die geringere soziale Integration der Protestanten erklärt).
Als inhaltlicher Gegensatz zum egoistischen Selbstmord ist der altruistische Selbstmord aufzufassen, dem eine zu starke Integration in eine bestimmte Gruppe zugrundeliegen soll (DURKHEIM führt als Beispiel Selbstmorde innerhalb militärischer Kollektive an). Nicht mangelnde oder überstarke Integration, sondern Fehlen sozialer Regulation kennzeichnet den anomischen Selbstmord (die höhere Selbstmordrate Geschiedener soll nach DURKHEIM daraus resultieren). Überstarke soziale Regulation dagegen ist Ursache des fatalistischen Selbstmordes (z.B. Selbstmord der Sklaven, möglicherweise könnte hierzu auch - was von einigen Forschern schon geäußert wurde - der Massenselbstmord der Jones-Sekte in Guayana gezählt werden). Es lassen sich also Gegensatzpaare bilden: der Grad der Integration (hoch oder niedrig) bestimmt den egoistischen oder altruistischen Selbstmord, das Ausmaß der Regulation kennzeichnet anomischen oder fatalistischen Selbstmord.
Kritik an der DURKHEIM'schen Konzeption wurde von verschiedenen Seiten geäußert: JOHNSON (1965) weist darauf hin, daß eine Gesellschaft immer sowohl bestimmte Grade an Regulation als auch Integration aufweist. Wenn Integration und Regulation eine bestimmte Ausprägung aufweisen, so resultiert eine Selbstmordrate, die höher ist als nur aufgrund des Grades an Regulation oder Integration alleine zu vermuten wäre. (Eine Untersuchung von ROOTMAN, 1973, weist ebenfalls in diese Richtung.)

Ein weiterer Einwand richtet sich dagegen, daß DURKHEIM keine operationale Definition für soziale Integration oder Regulation aufstellte. Damit ist eine Überprüfung seiner Theorie an der Empirie unmöglich.
Radikalere Kritik richtet sich gegen den Aufbau der DURKHEIM'schen Theorie. OPP (1976) und SEIFFERT (1972) weisen auf die Schwachstelle der Theorie hin: die "wenn"-Komponente (z.B. ließe sich das Egoismuskonzept in folgender Weise als Gesetz formulieren - wenn geringe soziale Integration herrscht, dann ist die Selbstmordrate hoch) wird selten (oder nie) explizit formuliert und strenger empirischer Prüfung unterzogen. "So fehlt im Rahmen der Soziologie eine informative und streng geprüfte Theorie über die Wirkung von Sanktionen, Wertvorstellungen etc." (OPP, 1976, S. 152). So weist auch beispielsweise SEITZ (1975, S. 113) daraufhin, daß keine soziologische Theorie ohne die Vermittlung durch solche psychologische Phänomene" auskommt. Allerdings - so führt SEITZ weiter aus - werden diese notwendigen vermittelnden psychologischen Prozesse ohne Problembewußtsein erwähnt.
Es wird somit ... "als allgemeingültig vorausgesetzt, was es so nicht zu sein braucht" (SEIFFERT, 1972, Bd. 1, S. 211).
DOUGLAS (1967) geht in seiner Kritik noch weiter: Soziologische Untersuchungen zum Selbstmordproblem sind durchweg deduktiv-hypothetisch, gehen aber vor, induktiv von den Daten auszugehen.
Der Sinn einer Handlung wird nicht vom Handelnden gesetzt, sondern vom "...Soziologen verliehen, nach seinem common sense, seiner Theorie oder nach den offiziell geltenden Normen" (DOUGLAS, zitiert nach DÖRNER in DURKHEIM, 1972, S. XXI).

3.1.2. CAVAN: soziale Desorganisation und Selbstmord

Wie AKERS (1977) ausführt, ist das Konzept der Desorganisation bei CAVAN vergleichbar dem DURKHEIM'schen Anomiekonzept.
CAVAN (1928, zitiert nach AKERS, 1977) unterschied zwischen "institutionalisiertem" Suizid, der gemäß ihrer Ansicht charakteristisch für primitive Kulturen sei. "Individualisierter" Selbstmord ist Ausdruck von Desorganisation der Gemeinschaft oder des Lebens eines Individuums.
Je höher die Desorganisation jedoch in Gemeinschaften, desto geringer ist die soziale Kontrolle. Soziale Kontrolle ihrerseits verhindert nach CAVAN das Auftreten devianter Verhaltensmuster (Selbstmord stellt - wie CAVAN es auffaßt - ein deviantes Verhalten dar).

3.1.3. GIBBS und MARTIN: Statusintegration und Selbstmord

GIBBS und MARTIN (1958, 1964; MARTIN 1968; GIBBS, 1969) verstehen ihre Theorie der Statusintegration als Ausdehnung von DURKHEIMs zentraler Annahme, Selbstmord hänge ab von der Stabilität und Dauerhaftigkeit von Beziehungen.
Der zentrale Einwand gegen DURKHEIM, "soziale Integration" sei nicht meßbar, soll in ihrer Theorie aufgehoben werden. Da die "Stabilität" von Beziehungen ebenfalls nicht meßbar ist, muß sie durch Ableitung bestimmter Annahmen in ein meßbares Phänomen transformiert werden.
Von ihrem ersten Postulat - Selbstmordrate ist umgekehrt proportional der Stabilität und Dauerhaftigkeit sozialer Beziehungen in dieser Population - gelangen sie über eine Reihe definitorischer Annahmen zu dem Theorem, die Selbstmordrate sei umgekehrt proportional dem Grad der Statusintegration in dieser Population.
Daraus leiten sie ab, daß Konfigurationen widersprechender Statuspositionen vermieden werden. Wenn jedoch eine Person sich in einem nicht integrierten Status befindet, steigt die Selbstmordanfälligkeit.

Aufgrund einiger empirischer Untersuchungen bestätigten GIBBS und MARTIN ihre Theorie.
Kritik wurde vor allem von DOUGLAS (1967) geübt: Wenn bestimmte Statuskonfigurationen nicht eingenommen werden, so nicht nur deshalb, weil sie geringes Maß an Integration aufweisen, sondern auch andere Gründe, wie z.B. geringes Prestige dieser Konfiguration, können dafür verantwortlich sein.
Außerdem wird von einigen Autoren bezweifelt, ob die verwendeten Messungen tatsächlich als Indikator für Statusintegration gelten können.

3.1.4. Aggression und soziale Kontrolle
Der Ansatz von HENRY und SHORT

Eine Erweiterung der vorliegenden soziologischen Ansätze um die psychologischen Komponenten versuchen HENRY und SHORT.
(Nach GIBBS, 1968, scheitern jedoch Syntheseversuche zwischen soziologischer Theorie - z.B. je geringer die sozialen Beziehungen in einer Population, desto höher die Suizidrate - und psychologischen Ansätzen - jedes Individuum, das einen Selbstmord verübt, hat einen Mangel an sozialen Beziehungen erlebt - meist daran, daß gerade das Wissen darüber, wie z.B. Mangel an Beziehungen psychisch verarbeitet wird, sehr gering ist.)
HENRY und SHORT (1954) übernehmen Elemente der Theorie von CAVAN der sozialen Kontrolle und Desorganisation.
Ausgangspunkt ist die Hypothese, Frustration führe zu Aggression und sowohl Mord als auch Selbstmord könnten als aggressive Produkte der Frustration angesehen werden.
Ob diese Aggression gegen die eigene Person gerichtet wird oder andere, ist abhängig von sozialen und psychologischen Beschränkungen (restraints).
Soziale Beschränkungen sind repräsentiert durch soziale Kontrolle, psychologische dagegen durch die Stärke eines "Über-Ichs", d.h. den Grad an Internalisierung elterlicher

Erwartungen. Ist das "Über-Ich" stark, wird Externalisierung von Aggression unterbunden und die Wahrscheinlichkeit des Selbstmordes steigt. (Hier besteht einige Ähnlichkeit zur FREUD'schen Konzeption des Über-Ichs.) Ist die soziale Beschränkung und Kontrolle groß, steigt die Mordrate. Die höchste Selbstmordrate tritt demgemäß auf bei geringer äußerer Beschränkung und großer internaler Kontrolle, unter genau umgekehrten Bedingungen steigt die Mordrate.
Einwände gegen diese Theorie bestehen vor allem in der Schwierigkeit, ein geeignetes Maß für "internale oder externale" Beschränkung zu finden. Ebenso richtet sich Kritik gegen die Übernahme der Frustrations-Aggressions-Hypothese von DOLLARD und MILLER (1939). Trotz der Einführung psychologischer Charakteristika kann die Theorie von HENRY und SHORT auch als primär soziologische Theorie aufgefaßt werden, die sich am DURKHEIM'schen Konzept der "sozialen Integration" orientiert.

3.1.5. Zusammenfassende Darstellung und Bewertung soziologischer Theorien

Zur zusammenfassenden Bewertung muß noch einmal auf das Anliegen dieser Theorien verwiesen werden: soziologische Theorien versuchen primär Variation in der Rate vollendeter Selbstmorde zwischen verschiedenen Populationen zu erklären und basieren somit in erster Linie auf der statistischen Analyse von Selbstmordraten. Schwierigkeiten soziologischer Theorienbildung liegen in der mangelnden Reliabilität der verwendeten Daten, der ungenauen - oder vollständig fehlenden - Operationalisierung zentraler Begriffe, dem logischen Ablauf der Theorienbildung (so hat ja DOUGLAS, wie schon ausgeführt, darauf hingewiesen, daß die Theorien oft so erstellt wurden, daß sie nicht mehr falsifizierbar sind) und dem fehlenden Hintergrundwissen über die intrapsychische Verarbeitung und die psychologische Vermittlung zentraler sozial-struktureller Charakteristika,

wie Anomie, Statusintegration usw.
Durch ihre Beschränkung auf strukturelle Fragen ist von soziologischen Ansätzen nur indirekt die Frage zu beantworten, weshalb Individuen sich selbst töten.
Demgegenüber versuchen überwiegend psychologisch orientierte Theorien Gründe für den individuellen Selbstmord zu finden.

3.2. Selbstmord - als Ausdruck individueller Gegebenheiten

3.2.1. Psychoanalytische Konzepte des Selbstmordes

3.2.1.1. Aggressionstheorie der Selbstmordhandlung

Die von HENRY und SHORT angeführte Hypothese, jedes zerstörerische Verhalten (ob gegen die eigene Person gerichtet oder gegen andere) sei der Ausdruck von Aggression, ist in der vorwiegend tiefenpsychologisch orientierten Literatur - Selbstmord als Ausdruck von Aggression - vorweggenommen.
Auf die Unterschiede der Frustrations-Aggressions-Hypothese und der analytischen Aggressionskonzeption soll kurz hingewiesen werden:
Gemäß der Frustrations-Aggressions-Hypothese (F-A-Hypothese) ist Aggression ein reaktives Verhalten auf Frustration. Frustration kann als "Störung einer bestehenden zielgerichteten Aktivität" (SELG, 1975, S. 11) bezeichnet werden.
Als Zusatzannahme geht in die F-A-Hypothese mit ein, daß es bei starker Hemmung der Aggression gegen den Frustrierenden zur Verschiebung gegen die eigene Person kommen kann.
Selbstaggression kann also entweder Produkt einer Verschiebung sein (so verstehen HENRY und SHORT den Selbstmord), oder dann auftreten, wenn man sich selbst als Ursache der Frustration ansieht.
Diese Annahme, Hemmung der Aggression nach außen führte zur Selbstaggression, geht auch in die tiefenpsychologische

Aggressions-Konzeption mit ein, jedoch wird hier Aggression nicht als reaktives Verhalten aufgefaßt, sondern tritt spontan auf.
Das FREUD'sche Triebkonzept der Aggression, das Aggression als "Abkömmling und Hauptvertreter" des Todestriebes begreift, wurde vor allem von MENNINGER übernommen.
Andere Autoren (JAKOBI, SELG, BELSCHER; in SELG, 1975) verweisen darauf, daß die Konzeption der Aggression als Trieb eigentlich nur eine Benennung von Verhalten ermöglicht, nie jedoch eine Erklärung darstellen kann.
Im Mittelpunkt der klassischen psychoanalytischen Theorien zur Suizidalität, die vor allem auf FREUD und ABRAHAM zurückgehen, stehen folgende Annahmen: "Auf einen Objektverlust reagiert der zur Depression Disponierte zunächst mit einer Welle des Hasses ... Dieser Haß muß aber sofort abgewehrt werden, da der Betreffende auf das Objekt nicht verzichten kann." (HENSELER, 1974, S. 61). Darum wendet er seine Aggression gegen das ins Ich introjizierte Objekt und schützt es in der Realität vor Schaden. Treten Kränkungen auf, die dieses Verdrängungsgleichgewicht ins Wanken bringen, kann (muß) das Objekt im Selbst getötet werden: "Kein Neurotiker verspürt Selbstmordabsichten, der solche nicht von einem Mordimpuls gegen andere auf sich zurückwendet." (FREUD, zitiert nach JÖRNS, 1979, S. 40). Die beim Suizidalen besonders stark ausgeprägte Über-Ich-Bildung verlangt diese Tötung als "Sühne". "Mord und Selbstmord verbinden sich nach dieser Theorie als ein doppelter Bestrafungsaspekt." (JÖRNS, 1979, S. 40).
Diese Annahme der nach innen gerichteten Aggression wird von einigen Autoren, u.a. von RINGEL im "präsuizidalen Syndrom" aufgenommen. Eine Auswertung von TAT-Protokollen durch McEVOY (1963) bestätigte dies jedoch nicht.
MENNINGER (1938, deutsche Ausgabe 1974) sieht den Selbstmord in Erweiterung der FREUD'schen Selbstmordkonzeption als Resultat des Wunsches zu töten in den Wunsch, getötet zu werden und schließlich in den Wunsch zu sterben.
Im deutschen Sprachraum war es vor allem HENSELER (vgl. u.a. HENSELER, 1974; 1975), der die Studien zum Narziß-

musproblem auf das Suizidgeschehen anwendete: Danach soll für "Depression und Suizid die Aggressionsabwehr etwas Sekundäres, eine Erschütterung des narzißtischen Systems dagegen das Primäre" sein (HENSELER, 1975, S. 192). Der zum Selbstmord neigende Mensch hat eine in ihrem Selbstgefühl stark verunsicherte Persönlichkeit aufgrund einer narzißtischen Fehltentwickoung. Diese Fehlentwicklung ist im wesentlichen gekennzeichnet durch rein narzißtische Objektbeziehungen; so können andere Menschen nicht um ihrer selbst willen geliebt werden. Irgendwann müssen diese Erwartungen des narzißtisch Gestörten an den anderen enttäuscht werden, so daß es zur narzißtischen Krise kommt: der im Selbstgefühl verunsicherte Mensch erlebt jeden Liebesentzug als Bedrohung und braucht mehr Schutz für sein gekränktes Selbst. Um diesen Schutz zu erhalten, greift er zunächst zu den regressiven Mechanismen der Realitätsverleugnung und Idealisierung. Reichen diese nicht mehr aus, muß "der Suizidant zu noch primitiveren Mitteln greifen, nämlich zu Phantasien vom Rückzug in einen harmonischen Primärzustand".

Nach AMMON (1974) dagegen beginnt der suizidale Prozeß durch eine Störung in der frühen Ich-Entwicklung: wird das Kind in der Entfaltung seiner primär gegebenen Ich-Funktionen behindert, kann der Aufbau von Ich-Grenzen nur ungenügend erfolgen, die Ich-Identität ist nur mangelhaft entwickelt. Dieses so entstehende "Loch im Ich" bezeichnet demnach Bereiche, in denen keine Abgrenzung oder Auseinandersetzung mit früheren Objekten stattfindet. Jede Konfrontation, die zwangsläufig mit fortschreitender Entwicklung erfolgen muß, erzeugt starke Ängste und Aggressionen, die dadurch gefährlich sind, da das geschwächte Ich zumindest in diesen Bereichen nicht zwischen Nicht-Ich und Ich unterscheiden kann.

Dieses "Loch im Ich" entsteht dadurch, daß eine Mutter oder eine Gruppe ein Kind nicht aus der Symbiose entläßt, der Ich-Geschädigte sucht - nach der irgendwann unumgänglichen Trennung - nach Mutterersatz. Die suizidale Handlung selbst wird - in Übereinstimmung mit HENSELER - als Versuch gedeutet, den perfekten Narzißmus des prä-

natalen Lebens wiederzugewinnen.
Andere tiefenpsychologische Konzepte des Selbstmordes betonen das massive Moment der Rache in der Selbstmordhandlung (ADLER, zitiert nach RINGEL, 1978). ZILBOORG (1935) postuliert, daß der Selbstmord eher das Ziel hat, das Ich zu stärken als zu zerstören, indem die Selbstmordhandlung darauf abzielt, überstarke frustrierende äußere Kräfte zurückzudrängen und Unsterblichkeit zu erreichen.
Dieses recht globale Konzept des Selbstmordes als Rache, die Betonung des instrumentellen Charakters des Selbstmordes wird in anderen Ansätzen - in zum Teil stark abgewandelter Form - wieder aufgenommen.

3.2.2. Selbstmord als Krankheit oder Selbstmord als Symptom einer Krankheit; Versuche nosologischer Einordnung

Eine enge Verknüpfung psychischer Störungen mit suizidalen Handlungen ist vielfach beschrieben worden. STENGEL (1969) nimmt für jeden dritten, der eine suizidale Handlung begeht, eine Neurose, Psychose oder eine andere schwere Persönlichkeitsanomalie an.
BOCHNIK (1969) führt an, daß der Suizid im psychiatrischen Erfahrungsfeld 100 bis 400 mal häufiger auftritt als in der Durchschnittsbevölkerung.
Einigkeit herrscht darüber, daß der Selbstmord selbst keine nosologische Einheit darstellt (ZILBOORG, 1935; STONE, 1960; WERNER, 1974).
WERNER (1974, zitiert nach SCHWAB, 1975) bezeichnet den Selbstmord als das unspezifische Symptom in der Psychiatrie.
Die Frage, wieviele Selbstmorde als Symptom einer bestimmten psychischen Erkrankung angesehen werden können, wird mit stark differierenden Prozentzahlen angegeben. So führt GRUHLE (1974, zitiert nach SCHWAB, 1975) Schätzwerte von 3% bis 66% an.
Allerdings treten die psychotischen Störungen gegenüber

Konfliktreaktionen und neurotischen Störungen eher in den Hintergrund. Dies trifft vor allem auch auf Selbstmordhandlungen im Kindes- und Jugendalter zu, nach NISSEN (in HARBAUER, LEMPP, NISSEN, STRUNK, 1974) handelt es sich zumeist um chronische neurotische Fehlentwicklungen. So fand LUNGERSHAUSEN (1966), daß bei 6% der von ihm untersuchten Schüler mit vollendetem Suizid eine Psychose zugrunde lag, bei den Schülern mit Suizidversuch lag der Anteil bei 1%. SIEGEL und GRUND (1973) untersuchten 67 Krankengeschichten von Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und fanden bei 73% eine psychiatrische Diagnose. Davon entfielen auf depressive und neurotische Reaktionen etwa 30%. HARTMANN (1970) fand bei 23% der von ihm untersuchten minderjährigen Suizidanten eine Schizophrenie, allerdings war keiner der Jugendlichen unter 16 Jahren alt. Er schließt daraus, daß ab 15 Jahren der Anteil der Psychosen stark ansteigt, während er davor kaum eine Rolle spielt. STUTTE (1963) sieht es dagegen als unzweifelhaft an, daß sowohl endogene, als auch manisch-depressive und zirkuläre Psychosen im vorpubertären Alter auftreten, er fordert allerdings eine exakte differentielle Diagnosestellung gegenüber anderen psychopathologischen Phänomenen im Kindesalter.
In der Tendenz läßt sich feststellen, daß Psychosen gerade bei Kindern und Jugendlichen nur einen geringen Prozentsatz ausmachen.
Die starken Schwankungen der Prozentanteile von Psychosen als Ursache des Selbstmordes sind in erster Linie auf die unterschiedliche nosologische Zuordnung der Krankheiten zurückzuführen (PÖLDINGER, HOLZ, 1971). Eine weitere Erklärung liegt möglicherweise in der Auswahl der zur Untersuchung gelangenden Population. (Die in einer psychiatrischen Klinik erfaßte Population weist wahrscheinlich andere Charakteristika auf als eine auslesefreie Population.)
Außerdem ist noch zu beachten: Wenn nicht schon vor dem Selbstmord eine Diagnose über den Geisteszustand der betreffenden Person erstellt wurde (deren Validität dahin-

gestellt sein soll), ist eine nachträgliche Diagnostik sehr schwierig. AKERS (1977) weist zwar daraufhin, daß die "common-sense" Vorstellung, Personen, die so etwas tun, müßten verrückt sein, kaum noch aufrechterhalten wird. Jedoch ist eine Verzerrung in der Beurteilung (selbst wenn genügend Material zur ausreichenden Diagnostik vorhanden wäre) durch die Kenntnis des "Resultates" zu erwarten.

3.2.2.1. Primordialsymptome sowie neurotische und psychosomatische Symptome im Rahmen suizidaler Handlungen bei Kindern/Jugendlichen

Primordialsymptome, wie Angstzustände, Einnässen, Asthma bronchiale u.a., gelten vor allem dann, wenn sie über die Pubertät hinaus nicht verarbeitet werden und persistieren, als wichtiges Symptom für eine neurotische Fehlhaltung. Besonders bei Suizidversuchen lassen sie sich häufig in der Vorgeschichte nachweisen und müssen vor allem bei Vorliegen weiterer disponierender Faktoren als Hinweis auf eine präsuizidale Situation gewertet werden. Ebenso verhält es sich mit den neurotischen und psychosomatischen Symptomen, die häufig als Begleiterscheinungen suizidaler Handlungen beobachtet wurden. Hier sind Erschöpfungszustände, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und weitere psychosomatische Beschwerden zu nennen, die vor allem dann, wenn sie von der Umwelt und nicht zuletzt vom behandelnden Arzt nicht ernstgenug und als Hinweis einer präsuizidalen Situation gewertet werden, eine suizidale Handlung nach sich ziehen können.

3.2.3. Selbstmord als Ausdruck einer Depression

Soweit wie möglich soll die jeweils dem Begriff "Depression" zugrundeliegende Annahme expliziert werden, vereinfachend kann festgestellt werden, daß meist Depression - ausgehend von üblichen psychiatrischen Schemata - in

den noch auszuführenden Ansätzen als "reaktive Depression" zu bezeichnen wäre. (Die Häufigkeit endogener Depressionen beim Suizid - als Ursache oder Begleiterscheinung - wurde schon unter 3.2.2. beschrieben.)
BEALL (1969) weist in ihrem Sammelreferat daraufhin, daß die Dynamik des Selbstmordes und Selbstmordversuches Ähnlichkeit mit der psychoanalytischen Dynamik der Depression aufweist: Nach FREUD und ABRAHAM (zitiert nach BEALL, 1969) ist eine Depression durch Schuldgefühle, orale Inkorporationsphantasien und gegen die eigene Person gerichtete Aggression gekennzeichnet.
OSTOWs (1966) Konzeption der Depression enthält die Annahmen der Schuldreduktion durch Leiden, der Unterdrückung feindseliger Impulse durch Zurücknahme der eigenen Person, der Manipulation anderer und der Erhaltung der Ich-Integration. (Es besteht eine Ähnlichkeit mit der Selbstmordkonzeption von ZILBOORG: Selbstmord als Möglichkeit der Ich-Erhaltung.)
Selbstmord kann - so OSTOW - in einigen Fällen eine der Depression vergleichbare Dynamik aufweisen, jedoch ist nicht jeder Selbstmord Ausdruck einer Depression, noch führt jede Depression zum Selbstmord.
In der BECK'schen Theorie der depressiven Persönlichkeit (BECK, 1972) wird die Depression als kognitive Störung aufgefaßt. "Der Depressive hat im Lauf seiner Entwicklung bestimmte negative Erfahrungen gemacht, die sich als kognitive Schemata verfestigt haben. Zeitweise inaktiv, werden diese Schemata durch Auslöse-Situationen immer wieder 'energetisiert'." (HOFFMANN, 1976, S. 90)
Die "kognitive Triade" der Depression besteht in der Tendenz des Depressiven, sich selbst, die Umwelt und die Zukunft negativ zu sehen.
BECK und LESTER (1973) gingen von der Hypothese aus, vor allem die Komponente der Hoffnungslosigkeit und ihre Ausprägung würden in viel stärkerem Ausmaß als "Depression" generell die Selbstmordneigung und die Tötungsabsicht eines Individuums beeinflussen.

Hoffnungslosigkeit wird als negative Sicht der Zukunft aufgefaßt: "Der Depressive ist ohne Hoffnung, daß seine momentanen Schwierigkeiten bald vorüber sein werden. Er sieht vielmehr schwarz für die Zukunft und nimmt vieles gar nicht erst in Angriff, weil er es für ohnehin aussichtslos hält." (HOFFMANN, 1976, S. 91)
Diese Hypothese wurde in ihrer Untersuchung bestätigt, da die Variable "Hoffnungslosigkeit" die höchste Korrelation mit der Ausprägung der Tötungsabsicht aufwies. Daraus schlossen sie, Hoffnungslosigkeit stelle den besten Prädiktor für den Grad der suizidalen Absicht dar.
Auf den Zusammenhang zwischen Selbstmordgefährdung und Hoffnungslosigkeit wurde auch von anderen Autoren hingewiesen (MINKOFF, BERGMAN, BECK, 1973; WETZEL, 1975; LESTER, BECK, 1975).
Die der Hoffnungslosigkeit zugrundeliegende negative Zeitperspektive wurde von anderen Autoren (FLYNN, 1974; YUFIT et al., 1970; LESTER, 1973; MELGES, WEISZ, 1971) untersucht.
Gemäß dieser Ergebnisse soll der Grad der Suizidalität mit einer geringeren Spannweite der Zukunftsperspektive, geringerer Durchplanung der Zukunft (YUFIT, FLYNN) und negativen Erwartungen an die Zukunft (MELGES, WEISZ) zusammenhängen.
Widerspruch gegen diese Annahme - Hoffnungslosigkeit sei die wichtigste Variable der Selbstmordgefährdung - wurde von POKORNY, KAPLAN, TSAI (1975) geäußert, die nach wie vor die größere Bedeutung der Depression betonten.
Diese Auffassung - Depression als antezedente Bedingung des Selbstmordes - findet sich auch bei POHLMEIER (1975), PAYKEL (1976).
Das Konzept der Hoffnungslosigkeit wird noch von einigen Autoren aufgegriffen, dabei wird Hoffnungslosigkeit jedoch nicht mehr als "negative Erwartung" an die Zukunft aufgefaßt.
FARBER (1968) versucht in seiner Theorie des Suizids sowohl Faktoren, die im Individuum begründet sind als auch äußere Bedingungen miteinander zu verbinden, indem er den

Selbstmord als Funktion der persönlichen Verletzbarkeit und dem Ausmaß sozialer Deprivation darstellt (S = f(V,D)). Über die Annahme, Hoffnung sei abhängig vom Grad der erlebten sozialen Kompetenz und dem Grad der sozialen Bedrohung und weiterhin entspräche geringe soziale Kompetenz dem Grad der Verletzbarkeit, Deprivation dagegen der sozialen Bedrohung, gelangt er zu dem Schluß, Selbstmord stelle eine Funktion der Hoffnungslosigkeit dar.
Die Schwächen dieser Theorienbildung liegen auf der Hand: Jede der einzelnen Annahmen ist rein definitorisch, d.h. es existiert kein Wissen darüber, ob zum Beispiel "Verletzbarkeit" durch "geringe soziale Kompetenz" verursacht wird oder dieser gleichzusetzen sei. Weiterhin ist zwar der Versuch interessant, eine Form der intrapsychischen Vermittlung sozialer Variablen durch das "Hoffnungskonzept" anzunehmen, muß jedoch bei dem heutigen Stand des Wissens als voreilig bezeichnet werden.
KOBLER und STOTLAND (1964) versuchen in ihrem Konzept des Selbstmordes, Hoffnungslosigkeit gleichzusetzen mit Hilflosigkeit. Nicht so sehr die für ein Individuum bedrohlichen Lebensumstände, sondern das Gefühl der Aussichtslosigkeit ("es gibt niemand mehr, der mir helfen könnte") führt zum Selbstmord.
Das Konzept der 'Hoffnungslosigkeit' ist mit Einschränkungen zu sehen: zum Teil weisen die verschiedenen Konzeptionen der Hoffnungslosigkeit inhaltliche Ähnlichkeiten auf, jedoch sind diese selten explizit gefaßt worden. BECK versteht "Hoffnungslosigkeit" primär als kognitive Komponente, die durch eine negative Zukunftsperspektive gekennzeichnet ist, FARBER dagegen faßt Hoffnungslosigkeit als Ergebnis der Übermacht äußerer Bedrohung gegenüber der eigenen, erlebten Kompetenz auf, als Resultat des Gefühls der Aussichtslosigkeit sehen KOBLER und STOTLAND Hoffnungslosigkeit an.
Eine saubere begriffliche Erfassung eines so globalen Konzeptes,wie die Hoffnungslosigkeit es darstellt, gelingt nicht. Damit stellt sich auch die Frage nach der Brauchbarkeit dieses Konzeptes. Die wohl zutreffende An-

nahme, ein Selbstmord würde nur dann verübt, wenn keine Hoffnung (auf Veränderung der eigenen Situation, des Verhaltens anderer usw.) besteht, entzieht sich einer exakten Erfassung und somit empirischer Überprüfung.

3.2.4. Lerntheoretische Erklärungsversuche zum Selbstmord

Ein möglicher Zugang zur Erklärung des Selbstmordes und Selbstmordversuches besteht darin, das Phänomen des Selbstmordversuches im Kontext der sozialen Lerntheorie zu sehen. So postulieren FREDERICK, RESNIK (1971): "suicidal behaviors like many other patterns of behavior can be learned", da ihrer Ansicht nach ein derartig komplexes Verhaltensmuster nicht genetisch verankert sein kann. Die Art, in der ein selbstzerstörerisches Verhalten gelernt, empfunden und ausgedrückt wird, ist jedoch eine Funktion einer Reihe komplexer Variablen, wie z.B. "Persönlichkeit", Motivationsbedingungen, Verstärkung etc.
AKERS (1977) führt aus, daß Lernen suizidalen Verhaltens den Regeln des operanten Lernens durch positive oder negative Verstärkung gehorcht. Das Verhalten, das einen vollendeten Selbstmord nach sich zieht, kann natürlich nicht früher schon "verstärkt" werden. Suizidales Verhalten kann nach AKERS entweder direkt gelernt werden (d.h. sich "suizidal" zu verhalten ohne tödliche Konsequenzen), oder es kann eine "Bereitschaft", einen Suizid zu unternehmen, gelernt werden, ohne daß das Verhalten selbst ausgeführt wurde.
Ausgangspunkt für die erste Annahme sind Untersuchungen bei autistischen Kindern, wobei nachgewiesen werden konnte, daß das extrem selbstzerstörerische Verhalten der Kinder durch positive Verstärkung (Zuwendung von Aufmerksamkeit) aufrechterhalten wurde. So fordern auch BOSTOCK, WILLIAMS (1975) stärker zu berücksichtigen, wieweit bei der Nachbetreuung Suizidgefährdeter die Komponente der Zuwendung (die als Verstärkung des Verhaltens

gelten könnte) Bedeutung erlangt. Eine "Löschung" des Verhaltens wäre - ihrer Ansicht nach - nur möglich, wenn die dieses Verhalten aufrechterhaltende Verstärkung entzogen würde.
(Dabei kann auch auf STENGEL verwiesen werden, der den instrumentellen Charakter gerade des Selbstmordversuches betont.)
Suizidales Verhalten kann nach AKERS auch dadurch gelernt werden, daß es als Lösungsweg bei anderen beobachtet wurde. (Damit erklärt AKERS die hohe Selbstmordrate bei Psychiatern, die sehr oft mit suizidalen Patienten konfrontiert sind.) Die familiäre Häufung von Selbstmorden könnte dann wohl eher auf Nachahmung dieses Verhaltens als auf "Verstärkung" beruhen.
Für den Erwerb suizidalen Verhaltens durch Nachahmung ist - wie AKERS ausführt - keine direkte Beobachtung des Verhaltens notwendig. Eine Studie von PHILLIPS (1974, zitiert nach AKERS, 1977) versucht nachzuweisen, daß schon Publikationen von Selbstmorden in den Medien andere Personen dazu veranlassen, Selbstmord zu begehen.
(So wäre auch das "Werther"-Phänomen zu erklären.)
Der Versuch, suizidales Verhalten als gelerntes Verhalten aufzufassen, bringt die Möglichkeit, Mythen wie die "Vererbung" des Selbstmordes zu relativieren, zum anderen die Bedeutung der "Umwelt" (Verhalten des Partners, der Eltern etc.) für die Entstehung und Aufrechterhaltung des suizidalen Verhaltens zu erkennen. Doch ist - wie schon FREDERICK und RESNICK betonen - ob oder inwieweit suizidales Verhalten gelernt wird, von der Konstellation einer Vielzahl - z.T. nicht näher bestimmbarer - Variablen abhängig; so könnten - wie z.B. der Ansatz von EYSENCK (1978) zeigt - ererbte Dispositionen die Art und die Geschwindigkeit von Lernvorgängen beeinflussen.

4. Versuche, die Erscheinungsform des Selbstmordes und den Verlauf zu beschreiben - die präsuizidale Situation

Während die meisten der bis jetzt dargestellten Ansätze Erklärungen und Ursachen für den Selbstmord suchen, so beschränken sich einige andere Ansätze darauf, den Ablauf der Selbstmordhandlung zu erfassen.
Exemplarisch dargestellt werden der Ansatz von DOUGLAS, der die Komponente der Sinnhaftigkeit jeder Handlung, also auch der Selbstmordhandlung betont, das "präsuizidale Syndrom" von RINGEL, der vor allem die Entwicklung zum Selbstmord hin erfassen will. JACOBS betont entschieden den Prozeßcharakter des Selbstmordes (so spricht z.B. MARIS, zitiert nach AKERS, 1977 von einer "Selbstmörderkarriere"), wonach Selbstmord als Resultat verschiedener Stufen erscheint.
Ein alternativer Weg, der von MIKAWA vorgeschlagen wurde, soll am Ende noch kurz skizziert werden: Selbstmord nicht mehr als isoliertes Ereignis, sondern als Resultat eines lebenslangen Versuches der Konfliktbewältigung aufzufassen.

4.1. DOUGLAS: Die Bedeutung der Selbstmordhandlung

DOUGLAS (1967) fordert - im Gegensatz zu den meisten Ansätzen und Konzepten über den Selbstmord - eine Beschränkung der Forschung auf den Sinn einer Handlung, der vom Individuum selbst gesetzt sei. Er weist daraufhin, daß die Erfassung dieses "Sinnes" natürlich Rationalisierungen auf Seiten des Untersuchers erfordert. Der Forscher ist gezwungen, seine Alltagserfahrung mitzubenutzen, soll diese aber in einem Zirkel des Verstehens ständig reflektieren. DOUGLAS versucht - nach einer kritischen Durchsicht herkömmlicher Erklärungsansätze - über eine Analyse der konkreten Situation und der Bedeutung der suizidalen Handlung für das Individuum eine - seiner Ansicht nach - adäquatere Erfassung des Phänomens zu leisten.

Selbstmordhandlungen sind nach DOUGLAS im sozialen Kontext bedeutsam. Seine Analyse der Selbstmordhandlung besteht aus drei Schwerpunkten: den "allgemein üblichen" Dimensionen der Bedeutung einer Handlung, der individuellen Dimension der Bedeutung und dem Ablauf der Selbstmordhandlung.
Die individuelle Dimension der Bedeutung des Suizids besteht darin: a) Selbstmordhandlungen haben eine Bedeutung; b) Selbstmordhandlungen zeigen, daß die Situation unerträglich ist; c) und daß sich irgendetwas Schwerwiegendes mit dem Handelnden ereignet hat. Die allgemein übliche Dimension der Bedeutung einer Selbstmordhandlung beschreibt DOUGLAS: Selbstmord als ein Weg ist ein anderes Dasein, z.B. der religiöse Suizid; Selbstmord als Ausdruck der Betroffenheit, z.B. der Sühneselbstmord; Selbstmord als Mittel, Aufmerksamkeit, Zuwendung oder Verzeihung zu erlangen, z.B. Selbstmord als Appell an die anderen und Selbstmord als Rache.
Der Prozeß der Selbstmordhandlung wird von DOUGLAS nicht als Abfolge von Stufen beschrieben, an dessen Ende der Selbstmord steht, sondern als Interaktion und Kommunikation verstanden, die zu spezifischen Bedeutungen der Suizidhandlung im Individuum führt. Allerdings kann DOUGLAS nicht angeben, wie bestimmte Kommunikation bestimmte Bedeutungsdimensionen entstehen läßt.

4.2. Selbstmord als Resultat eines Prozesses

4.2.1. Das präsuizidale Syndrom von RINGEL

RINGEL definiert das präsuizidale Syndrom als "jene seelische Verfassung, auf deren Grundlage es zu einem Großteil der Selbstmordhandlungen kommt. Es besteht aus drei Bausteinen: 1. der Einengung, 2. der gehemmten, gegen die eigene Person gerichteten Aggression, 3. den Selbstmord- bzw. Todesphantasien." (RINGEL in POHLMEIER, 1978, S. 105).

Einengung ist nach RINGEL durch Übermacht der Umwelt, Erlebnis der Unfähigkeit, etwas zu verändern und dem Gefühl der Aussichtslosigkeit gekennzeichnet. RINGEL unterscheidet zwischen situativer Einengung, die nur gemäß subjektiver Kriterien so erlebt wird und der dynamischen Einengung, die auf die situative Einengung folgen kann und in der absoluten Unfähigkeit des Betroffenen, sein Leben zu ändern, besteht. "Die Dynamik geht nur noch auf eine Richtung" (RINGEL, 1978, S. 107), auf den Tod hin. Diese Dynamik wird von RINGEL in den meisten Fällen als Symptom einer neurotischen Fehlentwicklung angesehen.
Einengung zwischenmenschlicher Beziehungen (z.B. Verlust eines Partners) und Einengung des Weiterlebens (Gefühl der Wertlosigkeit) werden ebenfalls beschrieben.
Als weiteren wichtigen Baustein des präsuizidalen Syndroms sieht RINGEL die Aggressionshemmung an. Selbstmord ist in Anlehnung an FREUDs Annahme, Selbstmord sei verhinderter Mord, die Vernichtung eines geliebten oder gehaßten Objektes, das verloren, aber in die eigene Person introjiziert wurde. Weiterhin weist RINGEL (in Anlehnung an ADLER) auf das massive Moment der Rache hin, das in einer Selbstmordhandlung liegt.
Der letzte Schritt des präsuizidalen Syndroms besteht in der Abkehr von der wirklichen Welt und der Übermächtigkeit von Todesphantasien.
Über die Beschreibung der Verfassung, die zur Selbstmordhandlung führt, geht RINGEL hinaus, indem er vor allem in der Annahme der Aggressionshemmung als Baustein des präsuizidalen Syndroms Ursachen aufzuzeigen sucht.
Kritik an RINGELs Konzeption richtet sich vor allem gegen die Pathologisierung des Selbstmordes (POHLMEIER, 1978), der Behauptung RINGELs, vor allem der dynamischen Einengung läge oft eine neurotische Fehlentwicklung zugrunde.

4.2.2. JACOBS - Selbstmord als Ergebnis einer differentiellen Assoziation an "rationalisierte" Entscheidungen

RINGELs "präsuizidales Syndrom" und JACOBS' Theorie der "trust violation" weisen strukturelle Ähnlichkeiten auf, die jedoch sehr begrenzt sind. Gemeinsam ist den beiden Konzepten das Bemühen, die "seelische Verfassung" (RINGEL), die zum Selbstmord führt, zu erfassen. Dabei steht die Frage nach der Ursache und auslösenden Ereignissen im Hintergrund. Wie RINGEL, so verwendet auch JACOBS Erklärungsmodelle und geht über die beschreibende Ebene hinaus.

JACOBS (1974) versucht in seiner Beschreibung des Selbstmordgeschehens die Elemente der Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit als Ausgangsbedingung für Selbstmordgedanken aufzunehmen, die eigentliche Entscheidung, sich selbst zu töten, als einen Prozeß der differentiellen Assoziation darzustellen.

Dabei wendet JACOBS CRESSEYs Theorie der "trust violation" auf die bewußte Entscheidung an, Selbstmord zu verüben: Selbstmord wird vom Individuum als Lösung unerträglicher Probleme in Erwägung gezogen. In einer Gesellschaft jedoch, die den Selbstmord als Sünde verdammt und das Leben als geheiligtes Gut auffaßt, muß der Gedanke an Selbstmord im Individuum das Gefühl auslösen, wichtige Güter und Werte zu verletzen ('trust violation').

Der Prozeß, der zu der Entscheidung führt, läßt sich nach JACOBS folgendermaßen darstellen: Das Individuum befindet sich in einer unerwarteten, unerträglichen Situation, seine Probleme erscheinen ihm unlösbar.

Sieht das Individuum diese Probleme nicht als einmalig, sondern in einer langen, nicht abreißenden Kette ähnlicher unerträglicher Probleme, taucht die Überlegung auf, der Tod stelle eine sinnvolle Lösung dar. Durch wachsende soziale Isolation ist ihm die Möglichkeit genommen, diese Gedanken mitzuteilen. Gleichzeitig erzeugen diese Gedanken in ihm das Gefühl, Werte und Normen der Gesellschaft zu verletzen und nicht mehr integriert zu sein. Dieser Mangel

an Integration wiederum erleichtert es dem Individuum, seine Rolle als derjenige, der wichtige Güter verletzt ('trust violator'), zu akzeptieren und somit den Tod als Lösung vollständig anzunehmen.
Die Schwäche der Konzeption von JACOBS besteht in der Annahme, Selbstmord stelle das Ergebnis rationalisierter Entscheidungen dar. Damit schließt er die Möglichkeit eines "spontanen" Suizids aus, ebenso klammert er die Überlegung aus, ob nicht Werte und Normen einer Gesellschaft für verschiedene Individuen unterschiedliche Bedeutung haben. Wieweit gerade das Gefühl, Normen zu verletzen, Isolation bedingt, ist nicht geklärt.
JACOBS setzt voraus, "Leben" stelle das geheiligte Gut dar. Damit übersieht er jedoch einen wichtigen Einstellungswandel, auf den SAVELLS, BOWEN (1975) hinweisen: es herrschen in unserer heutigen Gesellschaft sehr viele - recht konkrete - Vorstellungen darüber, ab wann oder wie lange ein Leben überhaupt "lebenswert" ist. In Extremsituationen (schwere, unheilbare Krankheit, totale soziale Isolation - vor allem im Alter) wird von den meisten Mitgliedern der Gesellschaft der Selbstmord dieser Personen nicht verurteilt, sondern im Gegenteil als "sinnvoll" bzw. als Lösungsweg, der auch von vielen gewählt würde, wenn sie sich in dieser Lage befänden, akzeptiert.

4.2.3. Suizid - als Ausdruck eines lebenslangen Versuchs der Streßbewältigung

MIKAWA (1973) geht in seinem Vorschlag, alternative Forschungsstrategien auf das Selbstmordproblem anzuwenden, über die Versuche hinaus (z.B. die oben skizzierten Ansätze von DOUGLAS, JACOBS und RINGEL), die sich auf die eigentliche Suizidhandlung, ihren Ablauf und ihre Bedeutung für das Individuum beschränken.
Die Komplexität suizidalen Verhaltens bedingt nach MIKAWA die Unmöglichkeit, alle für das Phänomen relevanten Variablen zu erheben. Anstelle dieses Versuches der Erfas-

sung von "Suizidrisikovariablen" schlägt MIKAWA vor, den Selbstmord als eine Möglichkeit der Streßbewältigung oder der Adaptation an Streßreize zu betrachten. Dieser Prozeß der Streßbewältigung kann unterschiedlich lange Zeiträume umfassen - Wochen, Monate, Jahre.
MIKAWA weist auf einige Untersuchungen hin, die verschiedene "typische" Streßbewältigungsmuster aufzufinden versuchen, dabei könnte - seiner Meinung nach - Suizid das Resultat eines spezifischen Musters sein. Ergebnisse, die die Konstanz bestimmter Bewältigungsmuster vermuten lassen, lassen - seiner Ansicht nach - die Anwendung dieser Forschung auf das Selbstmordproblem sinnvoll erscheinen.
Dabei muß jedoch sowohl die Kenntnis der spezifischen Situation, in der das Individuum lebt, als auch seiner Bewältigungsstrategien herangezogen werden, um möglicherweise Suizidprophylaxe zu betreiben.

5. Einzeluntersuchungen

Wie unter 1.3. ausgeführt, wäre der Versuch, einen umfassenden Überblick über die zahllosen Untersuchungen, die meist nur eine oder wenige Variablen in ihrer Bedeutung für den Selbstmord untersuchen, zu geben, zum Scheitern verurteilt. Eine grobe Einteilung kann danach vorgenommen werden, wieweit bevorzugt demographische und soziologische Charakteristika untersucht werden oder vor allem psychometrische Erfassung der Charakteristika Selbstmordgefährdeter im Vordergrund steht.
WELZ (1979) zeichnet in Anlehnung an die Arbeiten von KAHNE ein recht düsteres Bild der Selbstmordforschung, so würden sich die meisten Autoren mit einem eintönigen "Aufzählen der Häufigkeiten von Selbstmordhandlungen und den Differenzierungen nach immer wieder den gleichen Untergruppen" begnügen (WELZ, 1979, S. 8), übergreifende Theorien würden weitestgehend fehlen oder nicht zur Einschätzung der Ergebnisse herangezogen. Allerdings ist diese Situation bei einer Reihe anderer Forschungszweige ähnlich.
Demographische Daten, die als bedeutsam für den Suizid angesehen werden, sind vor allem Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommen. (Zusammenfassung der Untersuchungsbefunde bei WELLHÖFER, 1974; PORTERFIELD in GIBBS, 1968; MAPES, 1974). STENGEL (zitiert nach THOMAS, 1972, S. 9) führt folgende Faktoren an, die die Selbstmordneigung erhöhen: männliches Geschlecht, höheres Alter, Verwitwung, unverheiratet, geschieden, Kinderlosigkeit, soziale Isolierung, hohe Bevölkerungsdichte, Wohnen in großen Städten, hoher Lebensstandard, Arbeitslosigkeit, defekte Familienstruktur in der Kindheit, körperliche und geistige Krankheit. Dabei lassen sich einige Befunde mit der Hypothese, Anomie erhöhe die Selbstmordgefährdung, in Einklang bringen.
Vor allem demographische Unterschiede zwischen der Population der Selbstmörder und der Population, die einen Selbst-

mordversuch verüben, werden als Beweis für die Annahme herangezogen, ein Selbstmordversuch stelle nicht nur einen abgebrochenen Selbstmord dar, sondern sei Ausdruck ganz anderer Gegebenheiten.

Übereinstimmend wurde festgestellt, daß Selbstmordversuche häufiger von jungen Leuten weiblichen Geschlechts unternommen werden, vollendete Selbstmorde dagegen in einer höheren Altersgruppe von Männern (LESTER, BECK, KOVACS, 1973).

Die Bedeutung des 'broken home' (darunter wird z.T. Verlust eines Elternteils durch Tod oder Scheidung, Trennung der Eltern, Heimunterbringung etc. verstanden) für den Selbstmordversuch Jugendlicher wurde von einigen Autoren betont (GREER, 1964; BIRTCHNELL, 1970; CROOK und RASKIN, 1975; LESTER, BECK, 1976; DORPAT, JACKSON, RIPLEY, 1965).

Sehr häufig wurden Methoden des Selbstmordes erhoben (dabei "weiche", d.h. vorwiegend Intoxikation mit Tabletten, den "harten" Methoden, Erhängen, Erschießen, gegenübergestellt), dabei übereinstimmend festgestellt, daß Männer eher "harte", Frauen dagegen eher "weiche" Methoden wählen.

Jedoch konnte LESTER (1970) nachweisen, daß die Wahl einer bestimmten Methode keine Beziehung zum Ausmaß aggressiver Phantasien hat. So läßt sich die Hypothese formulieren, daß zumindest in vielen Fällen die Wahl einer Tötungsmethode eher eine Funktion der Verfügbarkeit dieser Methode darstellt, als daß sie Aufschluß über die Ausprägung der Tötungsabsicht erlaubt.

Epidemiologische Studien (WEISSMANN, 1974; PEDERSON et al., 1973; KENNEDY, KREITMANN, OVENSTONE, 1974) ergaben eine Konstanz der Selbstmordrate über einen bestimmten Zeitraum und einen Anstieg der Selbstmordversuche vor allem jüngerer Personen in den letzten 10 Jahren. KENNEDY et al. (1974) betonen, daß Personen, die Selbstmord oder Selbstmordversuche verüben, unterschiedliche demographische Charakteristika aufweisen, jedoch - wie sie in einer Längsschnittstudie nachweisen konnten (Erhebungszeitraum 1 Jahr) - ein

Prozent der Personen, die einen Selbstmordversuch unternahmen, innerhalb des Erhebungszeitraumes Selbstmord verübten. Umgekehrt hatten 41 Prozent der Personen mit vollendetem Selbstmord einen oder mehrere Selbstmordversuche verübt.
BECK und LESTER (1976) weisen daraufhin, daß häufige Selbstmordversuche, die schließlich tödlich enden, vor allem bei psychiatrisch auffälligen Patienten zu finden waren. (Dies wäre ein Hinweis dafür, daß Selbstmord und auch der Selbstmordversuch ein unspezifisches Symptom darstellen könnte, vgl. 3.2.2.)
Diese - zum Teil sehr unterschiedlichen - Zahlen über die Wiederholung von Selbstmordversuchen lassen jedoch die Forderung zu, jeden Selbstmordversuch ernstzunehmen.
Der Anstieg der Selbstmordversuche Jugendlicher wird von ROBERTSON und COCHRANE (1970) auf Veränderungen in der Weltanschauung der Jugendlichen zurückgeführt. Diese Veränderung soll - ihrer Meinung nach - durch die zunehmende Bedeutung von Selbstverwirklichung, den Glauben, die Gesellschaft solle - eher als das Individuum - Möglichkeiten dazu bieten und der daraus resultierenden zunehmenden Tendenz, soziale und materielle Deprivation als Hindernis zur Selbstverwirklichung zu betrachten, ausgelöst sein.
Die Bedeutung kultureller Veränderungen und des technischen Fortschritts für den Anstieg der Selbstmordrate betonen auch SAVELLS und BOWEN (1975).
Die zahlreichen Überprüfungen des DURKHEIMschen Anomiekonzeptes (u.a. LESTER, 1970; WENZ, 1975) ergaben widersprechende Ergebnisse, die sich auf die schon besprochene Schwierigkeit der Messung zentraler Variablen z.T. zurückführen lassen.
Ein breites Interesse fanden mögliche Unterschiede in Persönlichkeitsmerkmalen Suizidaler und Nicht-Suizidaler. Dabei wurden vor allem MMPI-Profile verglichen (PÖLDINGER, GEHRING, BLASER, 1973; CLOPTON, JONES, 1975; LESTER, 1971), wobei sehr widersprüchliche Ergebnisse vorliegen.
Die Liste der untersuchten Phänomene ist noch auszudehnen;

Unterschiede in der Risikobereitschaft (KOCHANSKY, 1973), dem Selbstkonzept (WENZ, 1976), der kognitiven Komplexität (LESTER, 1971), der internalen oder externalen Kontrollerwartung (LESTER, 1976; LAMBLEY, SILBOWITZ, 1973) wurden betont.
(Zusammenfassungen der Untersuchungsbefunde bei BROWN und SHERAN, 1972; MAPES, 1974; BEALL, 1969; SHNEIDMAN, 1976.)

6. Zusammenfassung und Kritik

Die formalen Bedingungen, die die Brauchbarkeit der oben skizzierten Befunde einschränken, wurden schon in Kapitel 2 diskutiert: Die unterschiedlichen Datenquellen (Selbstmordstatistik, Testen und Befragen Suizidgefährdeter usw.) sind mit teilweise recht schwerwiegenden Einschränkungen und Fehlern behaftet. (Ein Teil der sehr widersprüchlichen Befunde könnte zumindest vordergründig darauf zurückgeführt werden.)
Die Uneinigkeit über die korrekte Definition des Selbstmordes und Selbstmordversuches (vgl. 2.2. und 2.2.1.) stellt eine weitere Fehlerquelle dar.
Das Problem der hohen Dunkelziffer bei Selbstmorden legt die Vermutung nahe, offizielle Selbstmordstatistiken stellten eher ein Maß dafür dar, wie stark und in welcher Weise der Selbstmord in einem bestimmten Land sanktioniert wird.
Auf die Schwierigkeit der Generalisierung aufgefundener Persönlichkeitsmerkmale Suizidgefährdeter ist hingewiesen worden: die ebenfalls recht hohe Dunkelziffer könnte bedingen, daß die zur Untersuchung gelangenden Individuen nur eine Untergruppe mit bestimmten Charakteristika darstellen.
Außer diesen - vorwiegend methodischen - Problemen stellt sich das Problem, wieweit bei der Untersuchung nur einer oder weniger Variablen (z.B. Alter und Geschlecht) in ihrer Bedeutung für ein Phänomen, dessen Multidimensionalität angenommen wird, zwar relevante, doch selten hinreichende Variablen analysiert werden. Wichtig erscheint,

daß die untersuchte Variable "zufällig" mit einer anderen Variablen korrelieren kann, die nicht erfaßt wurde. Dabei könnte die andere Variable möglicherweise einen größeren Anteil der Varianz des Gesamtverhaltens klären.
Durch die Verwendung impliziter Gesetze (die meist dem Alltagswissen entstammen) können falsche Zusammenhänge, ja sogar Kausalitäten nachgewiesen werden. (Als Beispiel könnten hier die vielen Untersuchungen zum 'broken home' angeführt werden, wo bei vielen Untersuchern jeweils andere Gesetzmäßigkeiten vermutet werden, die die Bedeutung des 'broken home' für den Selbstmord bedingen.)
Die Verwendung sehr konkreter Indikatoren ist zwar durch den geringen Aufwand bei der Datenerhebung verlockend, jedoch selten fruchtbar, solange das Hintergrundwissen so gering ist.
Die Relevanz der meisten der untersuchten Variablen soll hier nicht bestritten werden, jedoch die Frage formuliert werden, ob nicht einige dieser Forschungsergebnisse - gerade wegen ihrer mangelnden Validität - eher zur Bestätigung, ja sogar erst Schaffung von Vorurteilen Anlaß geben.
Diese Gefahr zeigt sich gerade bei der persönlichkeitspsychologischen Suizidforschung, da Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen Suizidgefährdeter und Nicht-Suizidgefährdeter die Möglichkeit einer unnötigen Pathologisierung in sich bergen.
Selbst wenn alle für einen Selbstmord oder Selbstmordversuch relevanten Faktoren erfaßt werden könnten und als ausreichendes Ursachengefüge akzeptiert würden, so bleibt unklar, in welcher Weise diese Faktoren zusammenwirken: Existiert im Individuum eine einfache "Summation" der als Risikofaktoren zu bezeichnenden Variablen, wobei bei Erreichen einer kritischen Grenze Selbstmord oder Selbstmordversuch verübt wird (ist diese "kritische Grenze" typisch für bestimmte Individuen)? Oder wären nicht auch kompensatorische Vorgänge denkbar - geringe Ausprägung eines sogenannten Risikofaktors könnte durch hohe Ausprägung eines anderen "ersetzt" werden?

Grundlegende Kritik gegen den Teil der Selbstmordforschung, die vor allem Ursachen des Suizids aufdecken will, richtet sich gegen die Annahme, es existierten stabile Merkmale, die Verhalten in dieser oder jener Form determinieren und zum anderen gegen die Umkehrung dieser Annahme, Unterschiede im Verhalten fänden ihre Entsprechung in diesen Merkmalen.
Der Vorschlag von AMERY, eine Trennung von "Tatzeit-Ich" und dem anderen "Ich" vorzunehmen, ließe sich auf das vorliegende Problem anwenden: da die Annahme der Stabilität bestimmter ein Verhalten konstituierender Merkmale in der notwendigen Strenge nicht aufrechtzuerhalten ist, könnten einige - vor allem der persönlichkeitspsychologischen - Untersuchungen dahingehend gedeutet werden, daß sie weniger Ursachen für den Selbstmordversuch aufdecken, als vielmehr Auskunft über das "Befinden" einer Person nach dem Selbstmordversuch geben.
Untersuchungen im Dunkelfeld des Suizids, wo mit Hilfe von Selbsteinschätzungsskalen Populationen nach dem Grad ihrer Suizidalität getrennt wurden und dann z.B. Persönlichkeitsmerkmale konstatiert wurden (LEONARD, FLINN, 1972), lassen die Gültigkeit des oben angeführten Argumentes anzweifeln, belegen aber trotzdem nicht die Hypothese der "Selbstmörderpersönlichkeit": So ist zum einen die Validität der verwendeten Suizidalitätsskalen nicht sehr hoch (es wurde schon auf die Schwierigkeit hingewiesen, Kriterien für Selbstmordgefährdung zu finden), zum anderen könnte die Überlegung zutreffen, beide Skalen (z.B. zur Erfassung der Suizidgefährdung und von Persönlichkeitsmerkmalen) stellten eher ein Maß für Ehrlichkeit in der Beantwortung dar.
Eine abschließende Frage soll noch formuliert werden: nach welchen Kriterien werden gerade diese oder jene Variablen herausgegriffen und in ihrer Bedeutung untersucht? Dabei muß diese Frage zumeist offenbleiben und die Überlegung auftauchen, daß entweder ein - nicht thematisiertes - Vorverständnis des Untersuchers ihn an die Wichtigkeit dieser Variablen glauben läßt oder ein nicht theoriegeleitetes Vorgehen gewählt wird, d.h. alle nur möglichen Faktoren zu untersuchen.

7. Versuche der Klassifikation des Selbstmordes und Selbstmordversuches und Prognose des Selbstmordversuches

7.1. Klassifikationsansätze

Was als Kritik an verschiedenen Stellen geäußert wurde, soll durch eine Klassifikation des Selbstmordes aufgehoben werden: Ein komplexes Phänomen wie der Selbstmord läßt die Überlegung entstehen, ob denn die Annahme einer homogenen Gesamtheit korrekt sei. Es wurden Versuche unternommen, einigermaßen homogene Subgruppen zu bilden. Die Schwierigkeit einer Klassifikation besteht jedoch darin, daß die Zuordnung von Individuen zu Klassen einen Informationsverlust nach sich zieht.
Vorteile liegen in der Möglichkeit, homogene Gruppen zu erhalten, für die Diagnosestellung und Prognose einfacher sind. Bei nicht objektiver Handhabung kann eine Klassifikation einen nachteiligen Effekt erzielen: Klassifizierung könnte dann eher als "Etikettierung" aufgefaßt werden.
Klassifikation des Selbstmordes kann gemäß gleicher Erscheinungsform oder gleicher (vermuteter) Ätiologie des Suizids vorgenommen werden. (Einen der wenigen Versuche, Selbstmorde gemäß der unterschiedlichen Ätiologie einzuteilen, stellt der DURKHEIMsche Ansatz dar. Auf dessen geringe Brauchbarkeit für Kliniker hat SHNEIDMAN, 1968, hingewiesen.)
Diese Erkenntnisse über Unterschiede zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch (vgl. 2.3.) führten dazu, neue Begriffe für den Selbstmordversuch zu wählen. So führte KESSEL (1965) den eher beschreibenden Begriff "self-poisoning" ein. WEITMAN et al. (1969) prägten den Begriff 'Parasuizid', um auf die Verwandtschaft, aber doch grundsätzliche Verschiedenheit zum vollendeten Suizid hinzuweisen. Ein Vielzahl weiterer Begriffe, wie 'suizidale Geste', 'abortiver Suizid', 'simulierter Suizid' oder 'subintentioned suicide', 'Pseudosuizid' dienten entweder der Klassifikation suizidalen Verhaltens allgemein oder

zur Bildung von Untergruppen innerhalb der Gruppe der Personen, die einen Selbstmordversuch unternehmen.
FEUERLEIN (1971) unterscheidet drei Arten von Selbstmordhandlungen, den mißglückten Suizid, bei dem die Autoaggression überwiegen soll, die parasuizidale Geste, hier soll der Appellcharakter überwiegen und die parasuizidale Pause, die ein Abschalten, ein "aus dem Felde gehen" bedeuten soll.
Eine Trennung in drei Hauptgruppen unternahm das 'Commitee of Classification and Nomenclatur, Center of Studies of Suicide Prevention' in vollendete Suizide , Suizidversuche und Suizidvorstellungen.
Die Art und Ausprägung der Absicht zu sterben, wurde von SHNEIDMAN zur Klassifikation herangezogen (vgl. 2.2.1.), der annahm, nicht jeder Selbstmord sei vom Individuum voll beabsichtigt, noch wäre jeder Selbstmordversuch Ausdruck geringer Tötungsabsicht. So sinnvoll und einleuchtend der Versuch erscheint, die Tötungsabsicht eines Individuums als Kriterium für die Einteilung in Gruppen zu wählen, da gerade bei sehr "ernsthaften" Suizidversuchen Maßnahmen zur Weiterbetreuung veranlaßt werden müßten, so schwierig erscheint jedoch die adäquate Erfassung der "Tötungsabsicht".
Diese Schwierigkeit, Ernsthaftigkeit der Suizidhandlung zu erfassen, wurde in einer Untersuchung von ARBEIT und BLATT (1973) nachgewiesen: Versuchspersonen, die verschiedene Grade klinischer Ausbildung erreicht hatten, wurden aufgefordert, echte von gefälschten Abschiedsbriefen zu unterscheiden. Dabei konnte nur ein Fünftel der Versuchspersonen die "Echtheit" exakt bestimmen, diese Versuchspersonen unterschieden sich von den anderen nicht durch den Grad ihrer Ausbildung, sondern dadurch, daß sie andere Kriterien zur Urteilsbildung heranzogen. ARBEIT und BLATT gelangten zu dem Schluß, richtige Einschätzung der Ernsthaftigkeit eines Suizids stelle daher eher eine Funktion der "Sensibilität" der Beurteiler als ihrer Ausbildung dar. Objektive Kriterien (z.B. Länge der Briefe etc.) konnten nicht als hinreichend genau bezeichnet werden.

Andere Autoren betonen den instrumentellen Charakter des Selbstmordversuches, wobei eine Klassifikation nach der vermuteten Zielsetzung des Individuums vorgenommen wird - Selbstmordversuch als Rache, als Schrei nach Hilfe, als Appell an die anderen. Dabei gehen folgende Überlegungen mit ein: Motive oder Zielsetzungen des Suizidversuches zu erfassen, würde die Möglichkeit liefern, auch die Ernsthaftigkeit des Suizids einzuschätzen.
Jedoch liegt die Gefahr darin, daß dem Handelnden (also demjenigen, der einen Selbstmordversuch unternimmt) das Vorliegen eines bestimmten Handlungsentwurfes unterstellt wird (die Ähnlichkeit mit bestimmten Alltagsweisheiten liegt auf der Hand und birgt die Gefahr, eher eigene mögliche Handlungsentwürfe als Erklärung heranzuziehen).
Wieweit bestimmte Zielsetzung, selbst wenn sie adäquat erfaßt wurde, Aufschluß über die Ernsthaftigkeit des Selbstmordversuches zuläßt, ist ungeklärt.
Eine Einteilung nach vermuteter Zielsetzung und dem Ausgang nahm FARBER (1968) vor.

		Outcome	
		Death	Survival
Intention	To die	A	B
	Not to die	C	D

Die 'wahren' Suizide befinden sich demnach in Kategorie A. In Kategorie B fallen die Patienten, die eigentlich sterben wollten, aber entweder aus einer Fehleinschätzung der gewählten Methode oder durch Zufall daran gehindert wurden. In Kategorie C gehören Unglücksfälle, d.h. die Fälle, wo durch Unterschätzung der gewählten Methode oder unglückliche Zufälle ein Todesfall resultierte. Kategorie D stellt die Gruppe der Personen dar, die tatsächlich einen Selbstmordversuch unternehmen wollten.
Dieses Modell zeigt, daß eine Kategorisierung nur vom

Ausgang des Suizidversuches her unzureichend ist.
Eine andere Möglichkeit der Klassifikation wählte KIEV (1976): Durch Clusteranalyse der Ergebnisse eines Fragebogens (Life-Crisis-Inventory) erhielt er sieben Typen des Selbstmordgefährdeten, die sich gemäß ihrer Ausprägung an Depression, Angst, Schwierigkeiten mit anderen, Schweregrad der Verletzung usw. unterschieden. Für jeden Typ versuchte KIEV eine Aussage über die Suizidalität zu machen und Prognosen zu erstellen.
KIEV verweist nachdrücklich darauf, daß ein Selbstmordversuch oder eine Selbstmorddrohung zwar demonstrative Züge aufweisen kann, jedoch nicht damit abgetan werden soll, sondern sehr ernstgenommen werden muß, da einige dieser Personen Selbstmordversuche wiederholen, die dann oft tödlichen Ausgang haben.
BECK, KOVACS (1975) wiesen daraufhin, daß eigentlich nur das Wissen des Patienten um die Letalität der von ihm verwendeten Methode auch einen Rückschluß auf die Ernsthaftigkeit seiner Tötungsabsicht zulasse. Die von ihnen untersuchten Patienten wurden in drei Gruppen eingeteilt: einer Gruppe mit ausgeprägter Tötungsabsicht, genügend medizinischem Wissen und genauer Konzeption (die sogenannte "high-risk-group"), einer "intermediate-risk-group", bei denen die Tötungsabsicht zwar ebenfalls stark ausgeprägt war, jedoch die Konzeption des Suizidversuchs unangemessen war, und einer Gruppe mit geringer suizidaler Tendenz und angemessener Konzeption.
In einer Erweiterung der vorliegenden Studie führten BECK, WEISSMAN, LESTER, TREXLER (1976) einen Fragebogen zur Messung der suizidalen Absicht durch und konnten mittels einer Faktorenanalyse vier Hauptdimensionen ermitteln: Erwartungen und Einstellungen, Phantasien und Vorstellungen, Vorkehrungen gegen ein Eingreifen von außen und Kommunikationsverhalten. Interessant dabei ist, daß Patienten auch bei gründlicher Planung ihres Selbstmordversuches nicht (oder selten) die Möglichkeit einer Rettung durch andere einplanten. Daraus schlossen BECK et al. (1976), daß der

äußere Ablauf einer Suizidhandlung wenig Rückschluß auf die Ernsthaftigkeit des Suizidversuches zuläßt; jedoch Auskunft über die vermutete Zielsetzung des Suizids gibt; so schützte sich gerade die Gruppe, die mit ihrem Suizid gerade im sozialen Umfeld etwas verändern wollte, in geringerem Maße gegen Eingriffe von außen. Art und Ausmaß der Kommunikation der suizidalen Absicht hingen nicht direkt mit der Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht zusammen.

BANCROFT, SHRIMSKIRE, SIMKIN (1976) untersuchten die Zielsetzungen des Suizids und fanden, daß ein Drittel der Befragten dadurch Hilfe suchen wollten, ein großer Teil wollte der Situation entfliehen oder suchten einen Ausweg aus einem unerträglich erscheinenden Gefühlszustand, einige gaben an, durch ihren Suizidversuch jemanden "beeinflussen" zu wollen, daß er sich in der von ihnen gewünschten Weise verhalte. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß gerade diese letztgenannte Intention der Manipulation anderer durch den Suizid sozial wenig akzeptiert wird und mit einer negativen Bewertung versehen ist, so daß möglicherweise gerade diese Dimension von den Befragten seltener genannt wurde.

WALLACE (1976 in ESER) stellte ebenfalls eine Typologie des Selbstmordes auf, die teilweise drei der spezifischen Typen MENNINGERs übernimmt: den "fehlbezeichneten" Selbstmord (mis-labelled suicide), der weiter in "konstruierter" und "verwechselter" Selbstmord aufgeteilt wird, wobei der "konstruierte" Selbstmord meist dem Schutz bestimmter Individuen oder Institutionen dient; weiterhin den "nichtgerechtfertigten" Selbstmord, der sich vor allem durch die Absicht auszeichnet, den Hinterbliebenen Schaden zuzufügen - WALLACE nennt diesen Typ auch "Selbstmord mit Mordabsicht" (1976, S. 215) - sowie den "gerechtfertigten Selbstmord", der nicht gegen die Angehörigen gerichtet ist und Ähnlichkeiten mit Beschreibungen des "Bilanzselbstmordes" aufweist: Erlösung von schwerer Krankheit, Beendigung eines Lebens, dessen Hauptziel nicht (oder gerade) erreicht wurde. Dabei postuliert WALLACE, daß jeder Selbst-

mord als willentliche Handlung einen bestimmten Zustand hinterlasse. Diese Hinterlassenschaft könne als zuverlässiger Hinweis auf den "Typ" des Suizids gelten.
Anhand der Typologie von WALLACE lassen sich die starren Bewertungskategorien aufzeigen: allein die Verwendung des Adjektivs "gerechtfertigt" impliziert die Vorstellung, es gäbe Normen, nach denen Selbstmorde beurteilt werden könnten. Wieweit jedoch gerade die als "nicht-gerechtfertigte" Selbstmorde aufgeführten Beispiele Zeichen vollkommener Ausweglosigkeit sind, wo dem Individuum nur seine Selbstzerstörung übrig zu bleiben scheint und somit in seinem Handlungsrahmen "gerechtfertigt" ist, berücksichtigt WALLACE nicht.

7.2. Prädiktion des Selbstmordes

Während Prognose meist die Frage zu beantworten sucht, wie sich ein bestimmtes Phänomen im Lauf der Zeit entwickelt, sucht Prädiktion meist Auskunft darüber zu geben, ob ein bestimmtes Phänomen überhaupt auftritt. Prädiktion und Prognose sollen jedoch im folgenden weitestgehend synonym verwendet werden, da die Fragestellungen und damit verknüpften Schwierigkeiten recht ähnlich sind.
Die Problematik der Erstellung von Prognosen soll kurz umrissen werden: Prognosen können richtig sein, obwohl sie aus falschen Gesetzmäßigkeiten abgeleitet wurden. (Darin liegt die Gefahr, aus dem Zutreffen der Prognose auf die Gültigkeit der verwendeten Gesetzmäßigkeiten zu schließen.)
Auf die Eigendynamik von Prognosen weist OPP (1976) hin, so können Prognosen im Sinne einer self-fulfilling prophecy wirken, d.h. daß aufgrund der bekannten Prognose die betreffende Person - möglicherweise gemäß ganz anderer Überlegungen als denen, aus denen die Prognose abgeleitet wurde - das vorausgesagte Verhalten zeigt.
Prognosen stellen meist eine Extrapolation vergangener Ereignisse auf die Zukunft dar, somit werden situative

Veränderungen nicht berücksichtigt. Diese darin enthaltene Annahme der Konstanz der Bedingungen, unter denen ein bestimmtes Verhalten auftrat, ist in Zweifel zu ziehen, weiterhin ist ungeklärt, ob bei Konstanz der Bedingungen das gleiche Verhalten resultiert.

Skalen zur Erfassung der Selbstmordgefährdung wurden von verschiedenen Autoren entwickelt (RESNICK, KENDRA, 1973; TUCKMAN, YOUNGMAN, 1968; STARK, MISKIMINS, WILSON, 1969). Die Validität dieser Skalen ist sehr stark von den methodischen und definitorischen Schwierigkeiten abhängig. Welche Variablen als Kriterium für Selbstmordgefährdung zu gelten haben, kann nach dem heutigen Stand des Wissens nicht befriedigend geklärt werden. (Darin ist auch die Problematik der Stabilität bestimmter Merkmale, die bis jetzt nicht geklärt ist, enthalten.)

Bei der Erfassung der Selbstmordgefährdung einer nicht auffälligen Bevölkerung mit Hilfe von Fragebogen ist noch folgendes zu bedenken, was ganz allgemein als die Schwierigkeit der Voraussage "seltener" Ereignisse bezeichnet werden kann (DIGGORY, 1969; LESTER, 1970; ROSEN, 1954; BROWN, SHERAN, 1972). Ist das Auftreten eines Phänomens sehr gering, so ist es schwierig, Tests zu entwickeln, die dieses seltene Auftreten des Phänomens genauer vorhersagen.

Da das Anliegen solcher Fragebogen vor allem darin besteht, möglichst wenig Individuen fälscherlicherweise negativ zu klassifizieren (d.h. gemäß Testwert als nicht selbstmordgefährdet einzustufen und tatsächliche Selbstmordgefährdung zu übersehen) muß bei einem sehr "seltenen" Ereignis (wie es der Selbstmord darstellt) eine große Anzahl fälschlicherweise als positiv klassifizierter Individuen in Kauf genommen werden (d.h. die gemäß Testwert als selbstmordgefährdet eingestuft werden, jedoch keine tatsächliche Selbstmordgefährdung aufweisen).

Die Frage stellt sich, ob Verwendung von Fragebogen zur Prädiktion der Selbstmordgefährdung sinnvoll ist, da ihre Effizienz eine Zuordnung nach Zufall oder auch sehr subjektiven Kriterien kaum übertrifft.

7.3. Zusammenfassung

Die dargestellten Theorien und Konzepte wurden zunächst nur gemäß ihrem Erklärungswert für das Phänomen Selbstmord geordnet, weiterhin wurde eine Bewertung und Einordnung z.T. nach den in den Ansätzen enthaltenen Ansprüchen vorgenommen. Es stellt sich jedoch die Frage, wieweit diese Konzepte den Selbstmord/Selbstmordversuch Jugendlicher beschreiben oder erklären können, da selten explizit die Bedeutung spezifischer Lebensphasen für das Suizidgeschehen thematisiert wird. Ähnliche Überlegungen gelten auch für den Selbstmord alternder Menschen; so daß sich - bei manchen Ansätzen - die Vorstellung einstellt, die meisten Überlegungen zielten auf eine Gruppe (schon und noch) in die gesellschaftliche Welt (der sog. "Erwachsenen") eingebundene Mitglieder.
Die gängigste Beschreibung der Jugend besteht in der Verneinung zweier Zustände: "Kindsein" und "Erwachsensein", deren Beschreibung scheinbar befriedigender gelingt: Demnach gibt es selten eine positive Beschreibung der Jugend CLAUSEN (1976) beschreibt die Jugend als Übergang zwischen diesen Zuständen; "Übergänge im Leben sind stets Krisen" (CLAUSEN, 1976, S. 14). Auch in der umgangssprachlichen Dimension von Jugend ist zum einen die Betonung auf die Dynamik dieses Zustandes (gegen den Kindheit und Erwachsensein relativ statisch aufgefaßt werden) und die dadurch mitverursachte Krisensituation enthalten (man denke an Volksweisheiten, daß "junger Most gären muß"). Weiterhin wird Jugend oft als die Phase angesehen, wo die höchste "Lern"- und "Anpassungsfähigkeit" erfordert wird: vom Kind wird es noch nicht und vom Erwachsenen schon erwartet. Lassen wir die Klischees vom fröhlichen Kind und ernstem, seiner Pflicht bewußten Erwachsenen beiseite (da jedes "Lebensalter" wohl seine typischen Krisensituationen aufweist und andererseits Konflikte auch unabhängig vom Lebensalter auftreten), so bleibt doch die Vorstellung einer Ausweitung des Lebensraumes von Jugendlichen gegenüber

Kindern. (Hier sei nur kurz auf die Anforderung an den Jugendlichen verwiesen, durch z.B. Wahl seines Berufes weit in die Zukunft reichende Entscheidungen zu fällen - wieweit jedoch diese Entscheidung tatsächlich auf Antizipation zukünftiger Ereignisse beruht oder doch eher momentanen Erfordernissen genügt, steht damit noch offen; auf jeden Fall eröffnet sich damit für den Jugendlichen eine - z.T. mit sehr viel Angst besetzte - "Perspektive".)

Folgt man in diesem Punkt LEWIN, so ist der "Lebensraum des Neugeborenen ein wenig differenziertes Feld, in dem die zeitliche Dimension noch keine Rolle spielt" (zitiert nach KASAKOS, 1971, S. 67). Im Zuge der Entwicklung kommt es zu einer Ausweitung und Strukturierung dieses Lebensraumes, das Verhältnis zwischen Zukunfts- und Vergangenheitsperspektive ändert sich, während bei Kindern die Zeitperspektive begrenzt ist (in Augenblicken verhaftet), nimmt bei Jugendlichen die Zukunftsperspektive zu; wohingegen beim Erwachsenen, vor allem deutlich beim alternden Menschen, die Vergangenheitsperspektive überwiegt. Gerade bei Jugendlichen kann dieses Überwiegen der Zukunftsperspektive mit der Verlagerung der Handlungsziele in die Zukunft als typische Reaktion das utopische Denken zeigen: "Jugendliche lehnen es ab, in weniger als tausend Jahren zu denken und vernachlässigen darüber oft, die Struktur der gegenwärtigen Situation daraufhin zu untersuchen, welche aktuellen Handlungsschritte sie ermöglicht, um das Fernziel zu erreichen." Auf der anderen Seite steht die "ängstliche Rückwendung auf den kindlichen Lebensraum, den sie gerade verlassen haben". (Beide Zitate KASAKOS - in Anlehnung an LEWIN - 1971, S. 70)

Allerdings kann sich auch die großartige Erwartung in die Zukunft dann verlieren, wenn der Realitätsgrad der Ziele recht gering ist (diese also nie verwirklicht werden); der Lebensraum kann sich auf alltägliche, leicht erreichbare (und schon oft erreichte) Ziele verkleinern. Die so großartig entworfenen Utopien werden als unerreichbar beiseite gelegt oder dienen möglicherweise als eine Art heimliche Ersatzbefriedigung, was andererseits zum Zu-

sammenbruch der Realität führen kann.
Kehren wir zu unseren Überlegungen über die Brauchbarkeit der verschiedenen Konzepte für den Selbstmord Jugendlicher zurück: Es wurde schon erwähnt, daß soziologische Theorien nicht den Anspruch erheben, Geschehen anhand individueller Charakteristika zu erklären, sondern auf die 'Sozialstruktur' zurückführen wollen. Dann stellt sich jedoch die Frage, wieweit Jugendliche gerade diesen Strukturen - aus deren spezifischer Ausprägung der Selbstmord erklärt wird - unterworfen sind. Eine Fülle von soziologischen Forschungen über die Jugend läßt den - stark vereinfachenden - Schluß zu, die Jugend würde als ein - mit bestimmten (anderen) Strukturen verbundener - Zustand aufgefaßt; so ist wohl Integration in eine Gesellschaft (deren Fehlen oder geringe Ausprägung die Selbstmordhäufigkeit erhöhen soll) für die Gesamtheit der Jugendlichen als noch recht gering anzusehen; allerdings könnte an diese Stelle die Integration in die sog. 'peer group' treten.
Auf der anderen Seite vernachlässigen tiefenpsychologische Konzepte - ohne die vielfach bekannten generellen Einwände hier zu berücksichtigen - in der dargestellten Form die Einbettung eines Individuums in seinen "Lebensraum", indem sie nur die intrapsychisch ablaufenden Prozesse zu erklären suchen. (Dabei bleibt die Überlegung unberücksichtigt, wieweit die 'Umwelt' sowieso nicht nur in bestimmter innerpsychischer Repräsentation für das Individuum Bedeutung erlangt.)
Greifen wir noch einmal das Konzept der 'Hoffnungslosigkeit' auf, dessen Plausibilität für die Beschreibung des Selbstmordgeschehens auf der Hand liegt: Wie ausgeführt (siehe 3.2.3.), enthält 'Hoffnungslosigkeit' die negative Sicht der Zukunft. Folgt man den verschiedenen Überlegungen zu strukturellen Merkmalen der Zeitperspektive, so lassen sich - außer der "Spannweite", also der Ausdehnung der sich in die Zukunft und Vergangenheit erstreckenden Zeitspanne - u.a. die subjektive Beurteilung der Zukunft als auch die "Gebrochenheit" bzw. "Ungebrochenheit" der Zeitperspektive unterscheiden. Eine gebrochene Zeitper-

spektive haben jene Personen, "die es nicht für möglich halten, über ihre Zukunft zu verfügen. Gemeinsames Kennzeichen ist die fehlende 'Zeitgestalt', in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft als zusammenhängend erlebt werden." (MIESSLER, 1976, S. 42/43). Gerade dieses könnte für Jugendliche, insbesondere selbstmordgefährdete Jugendliche, zutreffen. Ist nicht für den Jugendlichen, der sich gerade zögernd in dem sich zunehmend eröffnenden "Raum" zurechtfindet, der noch große Ungeschicklichkeit im Umgang mit den 'neuen' Möglichkeiten zeigt, jedes Ereignis, das seine utopische (oder ängstlich bewahrende) Sicht der Zukunft stört, von viel größerer Bedeutung als für den Erwachsenen? Könnte nicht auch durch z.T. nicht näher (oder auch nur annähernd vollständig) zu beschreibende Ereignisse beim Jugendlichen sehr schnell das Gefühl der Ohnmacht gegenüber der Gestaltung seiner eigenen Zukunft, des Abgetrenntseins von Vergangenheit und Gegenwart auftreten?

Diese Überlegungen sollen nicht nur als Erweiterung der bis dahin angestellten theoretischen Abhandlungen, sondern auch bei der eigenen Erhebung als Grundlage der Beschäftigung mit diesem Problembereich dienen.
Bei der nachfolgend dargestellten Untersuchung wurde ein "bescheidenes" Vorgehen gewählt, soweit wie möglich sollen Aussagen über mögliche Kausalzusammenhänge vermieden werden.
Eine Beschränkung erfolgt auf die Wiedergabe verbaler Äußerungen Jugendlicher. An einigen Stellen werden Hypothesen und mögliche weitergehende Interpretationen oder Erklärungen skizziert. Ausgehend von der Annahme, Alltagserfahrung stelle eine wichtige Erkenntnisquelle dar, soll diese, soweit möglich, berücksichtigt und reflektiert werden.

8. Die Untersuchung

8.1. Erhebungszeitraum

Die Erhebung wurde im Zeitraum von März 1977 bis Juni 1978 vorwiegend am Kreiskrankenhaus Reutlingen durchgeführt (4 Jugendliche wurden in der Universitätsklinik Tübingen befragt). In diesem Zeitraum wurden mit 30 Jugendlichen Gespräche geführt. Die Anzahl der wegen Selbstmordversuchen behandelten Jugendlichen dürfte für diesen Zeitraum bei 40 liegen.

8.2. Diagnosestellung des Selbstmordversuches

Wie ausgeführt (siehe 2.2.1.) besteht große Uneinigkeit darüber, was als Selbstmordversuch gewertet wird, vor allem dann, wenn eine - zwar vom Individuum selbst zugefügte - Verletzung nach dessen Aussage in nichtsuizidaler Absicht erfolgte. Von uns befragt wurden diejenigen Jugendlichen, deren Verletzung anhand der Kriterien des Krankenhauspersonals als Selbstmordversuch gewertet wurde. Die zugrundeliegenden Kriterien bestanden - soweit uns bekannt - vorwiegend in den Aussagen des Patienten und der Angehörigen (in einigen Fällen waren auch Abschiedsbriefe zurückgelassen worden).
Weiterhin wurde vom Krankenhaus häufig eine Einteilung in "Schweregrade" vorgenommen (z.B. "demonstrativ", sehr ernsthaft), da danach weitere Behandlung oder Maßnahmen (Entlassung nach der Entgiftung, Überweisung an Psychiatrische Klinik, Beratung durch Sozialfürsorge etc.) eingeleitet wurden. Diese Einteilung wurde meist intuitiv vorgenommen (welchen "Eindruck" der Patient macht), nach dem Schweregrad der Intoxikation oder nach den Aussagen der Jugendlichen.
In der vorliegenden Untersuchung wurde die vom Kranken-

(Den Mitarbeitern des Krankenhauses Reutlingen danken wir für die Ermöglichung der Untersuchung und die freundliche Unterstützung.)

haus aufgestellte Definition des Selbstmordversuches soweit übernommen, indem Patienten, die zwar starke Intoxikationen aufweisen, jedoch nach - uns meist nicht bekannten - Kriterien eine suizidale Absicht nicht festgestellt wurde, nicht befragt wurden.

8.3. Die Krankenhaussituation

Einige sehr allgemeine Charakteristika der Krankenhaussituation sollen hier - soweit sie für wichtig für die Situation des Gespräches eingeschätzt werden - kurz skizziert werden: Wie PFLANZ (in SCHRAML, 1975) ausführt, stellt das Krankenhaus eine Subkultur dar, deren Merkmal u.a. im "Prinzip der naturwissenschaftlichen Rationalität" besteht. Dieses Prinzip soll sich nach PFLANZ im zwischenmenschlichen Bereich (zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patient) als "Affektneutralität" niederschlagen.
Gegenüber Patienten, die sich eine Verletzung selbst zugefügt haben, können Vorbehalte bestehen, da der Patient - wie PFLANZ in Anlehnung an PARSON bemerkt - die "Verpflichtung, den krankheitsbedingten Zustand als unerwünscht anzuerkennen und kompetente Hilfe zu suchen" (PFLANZ, 1975, S. 69) nicht einhält.
Unter anderem kann gerade dieser - zwar nicht immer vorhandene - Anspruch des Krankenhauspersonals verschiedene Strategien beim Patienten auslösen, die von "Trotz" und "Auflehnung" (die sich vor allem in der Verweigerung der Mithilfe bei therapeutischen Maßnahmen, also auch eines Gespräches ausdrückt) bis zur "Verleugnung" des Selbstmordversuches reichen.
Ebenfalls in Rechnung zu stellen ist die Angst der meisten Paitenten vor längerdauernder stationärer Behandlung oder Überweisung in eine Psychiatrische Klinik. Die "Drohung" einer Überweisung in eine Psychiatrische Klinik (entweder bei Verweigerung der Mithilfe geäußert oder bei noch bestehender "Suizidalität") erschwerte in einigen Fällen den Zugang zu den Jugendlichen. Einige von ihnen sahen die

Untersucher als "Agenten" des Krankenhauses an (d.h. sie befürchteten, daß die in einem Gespräch erhaltenen Informationen weitergegeben und zur Entscheidung, welche Maßnahmen getroffen werden, verwendet werden).
Dieser Aspekt der Verfälschung der Angaben in Richtung der sozialen Erwünschtheit oder "Dissimulation" muß bei der Analyse der Gespräche berücksichtigt werden.

8.4. Das Gespräch

Nach SCHRAML (1975) kann als klinisches Gespräch "jede Form beabsichtigter oder geplanter verbaler Kommunikation zwischen ... klinischem Personal einerseits und Patienten andererseits" (SCHRAML, S. 267) bezeichnet werden.
Die Schwierigkeiten dieses Gesprächs liegen möglicherweise zum einen darin, daß durch die für den Befragten vertraute Situation (Informationen weiterzugeben) in ihm alltägliche Konzeptionen der Gesprächsführung aktualisiert werden, zum anderen jedoch nur "äußere" Merkmale der Gesprächssituation vertraut sind, da die Dyade zwischen Gesprächsführer und Befragtem in höchstem Maße asymmetrisch ist: Befragter und Fragesteller haben jeweils verschiedene Erwartungen an das Gespräch.
Die Ambivalenz zwischen Vertrautheit des "settings" der Situation und Fremdheit der Zielsetzung kann den Befragten zu sehr verschiedenen Hypothesen darüber anregen, was von ihm verlangt sei und was er vom Gesprächsführer zu erwarten habe.
Die Gesprächssituation war im vorliegenden Fall noch dadurch erschwert, da keine "Weiterverarbeitung" der Daten im Sinne des Befragten vorgenommen wurde. (Bestimmte Maßnahmen, wie Zuführung zu Therapien, konnten von den Untersuchern selbst nicht veranlaßt, höchstens in informellen Gesprächen mit kompetenten Stellen angeregt werden.)
Von der Vielzahl möglicher - während eines Gespräches - ablaufender Prozesse wurden die oben dargestellten deshalb

als relevant angesehen, da sie zumindest einen Teil der aufgetretenen Probleme des Gesprächs begründen: Die "Vertrautheit" der Gesprächssituation für den Befragten (die noch dadurch unterstrichen wurde, indem die Untersucher auf weiße Kittel und dgl. verzichteten) führte dazu, daß von einigen Jugendlichen Fragen nach Ratschlägen oder Bitte um Hilfe vorgebracht wurden. (Andererseits war den Jugendlichen vor dem Gespräch der "Zweck" erklärt worden, wobei auch betont wurde, daß die Untersucher keinerlei Befugnisse hatten.)
"Ratschläge" wurden dann gegeben, wenn explizite Fragen danach gestellt wurden. Dabei resultiert aus dieser Gesprächsführung sicher eine wichtige "Verzerrung": durch die Art der "Ratschläge" wurde eine Akzentuierung dieses oder jenes Problembereiches vorgenommen, Wertungen abgegeben und Alltagsweisheiten der Untersucher herangezogen. Ob und in welcher Art sich dieses Vorgehen im Gespräch niederschlug, kann nur vermutet werden.
Noch zu berücksichtigen sind die Einschränkungen, die durch die z.T. recht unterschiedliche Verbalisierungsfähigkeit der befragten Jugendlichen entstehen: so ist die von uns befragte Gruppe recht inhomogen, was Schichtzugehörigkeit und Berufsausbildung anbelangt. Dabei kann die inzwischen vielfach untersuchte Tatsache der für bestimmte Schichten und Bildungsniveaus typischen "Sprach-Codes" herangezogen werden. Wieweit jedoch die verbale Ausdrucksfähigkeit auch Rückschlüsse auf den Grad der Introspektionsfähigkeit zuläßt, ist nicht so sicher zu entscheiden.

8.4.1. Vorgehen des Gesprächs

Um die Hauptaufgabe des Gespräches, das nach KÖNIG (1967) als qualitatives Interview bezeichnet werden könnte, zu erfüllen, nämlich die "Darstellung des individuellen Falles im Hinblick auf das zu untersuchende Problem" (KÖNIG,

1967, S. 143) und gleichzeitig "vergleichbares Material" von einer Vielzahl von Befragten zu erhalten, wurde ein Interview-Leitfaden verwendet (siehe Anhang).
Der Leitfaden dient der groben Orientierung, er enthält keine Antwortkategorien, die Fragen wurden nicht in strikter Reihenfolge gestellt.
In den meisten Fällen verlief das Gespräch so, daß die Jugendlichen zuerst die für sie wichtig erscheinenden Probleme erzählten, danach wurde bei den weniger ausführlich dargestellten Problembereichen vom Interviewer nachgefragt.
Den Jugendlichen wurden vor dem Gespräch der Ablauf und das Ziel des Gespräches erklärt und ihr Einverständnis eingeholt.
In den meisten Fällen wurde das Interview/Gespräch in einem leerstehenden Untersuchungszimmer durchgeführt, in einigen Fällen, vor allem wenn aus Platzmangel oder wegen bestimmter Behandlungsmaßnahmen (Infusionen und dgl.) ein Wechsel des Raumes nicht möglich war, im Krankenzimmer.
Zur Dokumentation des Gespräches wurden Tonbandaufzeichnungen verwendet. Die Benützung des Tonbandes wurde von einigen Jugendlichen abgelehnt (zum einen, weil ihnen die Situation zu "fremd" erschien, zum anderen, weil sie der Versicherung, nichts von dem Gespräch zu verwenden, wodurch ihre Person zu identifizieren sei, mißtrauten). In diesen Fällen wurde nach dem Gespräch ein Gedächtnisprotokoll erstellt. Die Gespräche dauerten durchschnittlich eineinhalb bis zwei Stunden. In einigen Fällen wurde ein zweites Gespräch am darauffolgenden Tag durchgeführt, wenn von den Jugendlichen ein Wunsch danach geäußert wurde.
In diesem zweiten Gespräch wurden vor allem Möglichkeiten weitergehender Hilfe besprochen und mit dem Personal der Klinik solche Maßnahmen, z.B. Überweisung zu niedergelassenem Psychiater, diskutiert.

8.4.1.1. Kurze Erläuterung des Leitfadens

Der Leitfaden umfaßt Fragen nach den "harten" Daten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand (siehe 1.2.). Ein Teil dieser "harten" Daten wurde vom Krankenblatt entnommen. Die anderen Fragenkomplexe gehorchen der - teilweise willkürlichen - Einteilung des sozialen Umfeldes: Familie, Bezugsgruppe (Partnerschaft), Schule, Lehre, Beruf, Freizeit.
Dabei stand nicht so sehr das Interesse im Vordergrund, möglichst über jeden Bereich "Material" zu erhalten, sondern die Akzentuierung des einen oder anderen Bereichs den Jugendlichen zu überlassen.
Das Gespräch über das Suizidgeschehen wurde zunächst völlig frei gestaltet, um möglichst wenige Verzerrungen durch voreilige Fragen zu verursachen. (So löste - wie in einem Fall geschehen - sehr häufiges Fragen nach der Art und Menge der eingenommenen Tabletten in dem Befragten die Annahme aus, dies stelle für den Fragesteller einen derart zentralen Punkt dar, den man entweder eifrig zu beantworten sucht oder verschweigt, weil die Konsequenzen nicht ableitbar sind.)
Im Leitfaden wurden zum Suizidgeschehen folgende Fragenkomplexe grob strukturiert: der "zentrale Konflikt", der nach Ansicht der Jugendlichen den Suizidversuch auslöste, die Planungsphase des Suizids, Durchführung und Reaktion auf die "Rettung".

8.4.1.2. Schwierigkeiten, Informationen über die Vorphase des Suizidversuchs zu erhalten

Ein wichtiges Anliegen der Untersuchung war es, Informationen über die "Vorphase" des Suizidgeschehens zu erhalten. Dieses Anliegen ergab sich aus verschiedenen Überlegungen: zum einen aus der - hier nur global geäußerten - Ansicht, Selbstmordversuche stellten kein isoliertes Ereignis dar, (Dabei wird auf den Ansatz von MIKAWA verwiesen, weniger vielleicht für das Ereignis relevante

Charakteristika aufzusuchen, als vielmehr den Selbstmordversuch als Ergebnis eines langdauernden Prozesses aufzufassen.), zum anderen aus der anfangs explizierten Haltung, Prävention zu befürworten und Möglichkeiten dazu aufzuzeigen. Es stellt sich jedoch die Frage, wieweit Informationen, die eine Person über ihre Gefühle, Empfindungen und ihr Verhalten vor dem Suizidversuch gibt, im nachhinein noch als - für die Zeit davor - zutreffend betrachtet werden können: Eine mögliche "Umstrukturierung" könnte bei dem Befragten zu einer veränderten Darstellung und Bewertung seines Zustandes vor dem Suizidversuch führen.

8.4.1.3. Zeitpunkt des Gespräches

Von einigen - vorwiegend tiefenpsychologisch orientierten - Autoren wird die Ansicht geäußert, Gespräche wären dann am intensivsten, wenn sie sehr kurz nach dem Suizidversuch, also sobald der Befragte wieder ansprechbar sei, durchgeführt werden, da dann möglicherweise einsetzende Verdrängungen und Rationalisierungen dieser Handlung noch nicht so stark zum Ausdruck kämen.
Die Annahme einer "Umstrukturierung" im Laufe der Zeit muß hypothetisch bleiben, sie läßt sich aber vereinfachend dahingehend konkretisieren, daß mit zunehmender Dauer der stationären Behandlung der Jugendliche allen möglichen Einflüssen ausgesetzt ist (die durch - meist besorgte - Besuche der Eltern und Freunde, Gespräche mit den Ärzten und dem Pflegepersonal repräsentiert sein können).
Wieweit diese "Einflüsse" eine Verschiebung der Problemakzentuierung bedingen, muß jedoch offen bleiben.
Mit den meisten Jugendlichen wurde von uns kurz nach der Einlieferung, sobald sie ansprechbar waren, geredet.

9. Darstellung der erhaltenen Aussagen und Daten

9.1. Geschlechterverteilung

Von uns wurden insgesamt 30 Jugendliche befragt, darunter 20 Mädchen und 10 Jungen. Dieser hohe Anteil von Mädchen wird von den meisten Autoren ebenfalls angegeben (u.a. DORPAT, BOSWELL, 1963; WELLHÖFER, 1974, STENGEL, 1969). Wie BEALL (1969) und BABOW, KRIDLE (1973) ausführen, ist eine weitergehende Interpretation dieses Ergebnisses (wie sie am Beispiel von einigen Literaturstellen ausführen) des Selbstmordversuches als hysterische Geste und die - zumindest in unserer Gesellschaft - oft nur Frauen zugesprochene "Hysterie" abzulehnen, da sie in weiten Teilen nur Vorurteile widerspiegelt.
Deshalb soll auch hier auf eine Erklärung des hohen Anteils weiblicher Jugendlicher verzichtet werden.
Mögliche Überlegungen bestehen darin, vor allem rollentypische Erwartungen würden Handlungen - wie auch den Selbstmordversuch - beeinflussen. Eine Untersuchung von LINEHAN (1973) weist in diese Richtung: während von den Versuchspersonen ein "mißglückter" Selbstmord bei Frauen als "nicht schlimm" bezeichnet wurde, wurde er für Männer als "Schande" empfunden. Vollendeter Selbstmord wurde als "typisch männlich" eingeschätzt, dabei wurde oft das Stereotyp des Mannes als aktiv, kämpferisch, durchsetzend herangezogen. Natürlich ließe sich aus dem hohen Anteil weiblicher Jugendlicher auch ableiten, entweder daß Mädchen dieser Altersgruppe andere, "schwerere" Probleme hätten und deshalb anderes reagierten, oder daß sie generell - auch bei gleichen Problemen - andere Verhaltensweisen zeigen.

9.2. Beschreibung des Problemfeldes Jugendlicher

In der nachfolgenden Beschreibung soll - weitestgehend - der Begriff des "Motives" für den Selbstmord vermieden

werden: Nicht allein die Mehrdeutigkeit des Begriffes in verschiedenen theoretischen Ansätzen, sondern vor allem die umgangssprachliche Bedeutung des Begriffes "Motiv" als etwas, das "zunächst Unbewegtes in Gang setzt" (THOMAE, 1960, S. 21), somit Verhalten begründet, verbietet seine Anwendung auf die vorliegenden Aussagen der Jugendlichen. Wenn wir z.B. als Motiv für den Selbstmordversuch "Enttäuschung über eine Liebesbeziehung" o.ä. angeben, geht stillschweigend die Annahme mit ein, diese Enttäuschung stelle die Ursache dar.
Wir wollen uns deshalb auf die Beschreibung der von den Jugendlichen thematisierten "Konflikte" beschränken. Dabei ist natürlich der Begriff "Konflikt" ähnlich mehrdeutig wie der Begriff des "Motivs" (auf die zahlreichen Bedeutungen des Konfliktbegriffs haben u.a. THOMAE, 1960, 1974 und FEGER, 1978, hingewiesen), jedoch - vor allem in seiner umgangssprachlichen Bedeutung - enthält dieser Begriff in geringerem Maße einen Determinismus der Handlung: Konflikte können zu einer bestimmten Handlung führen, können aber auch nur das Umfeld beschreiben, in dem diese Handlung stattfindet.
Als "Konflikt" soll jede Konstellation bezeichnet werden, die vom Individuum als "problematisch" geschildert wird, d.h. bei der für ihn unvereinbare Bedürfnisse, Wünsche und Ziele bestehen. Diese Definition, die sich alleine auf subjektive Kriterien stützt, bringt einige Schwierigkeiten: zum einen stellen - nicht kontrollierbare oder auch nur annähernd exakt beschreibbare - "Mechanismen", die den Grad des Problembewußtseins "bestimmen", eine Einschränkung der Verwertbarkeit solcher Aussagen dar, zum anderen können die unter 8.4. und 8.4.1.2. thematisierten Schwierigkeiten, die sich in der Gesprächssituation manifestieren, die Darstellung verzerren.
Der Anspruch, rein deskriptiv vorzugehen, wird an einigen Stellen aufgegeben: schon allein eine Ordnung der Aussagen nach "Ähnlichkeiten" und die Subsumierung dieser ähnlichen Aussagen unter bestimmte Kategorien birgt die Gefahr, implizit Vorwissen zu verwenden. Weiterhin sind die

Kriterien, nach denen Ähnlichkeit festgestellt wird, sehr intuitiv.
Bei den als "Beleg" einer Aussage verwendeten Zitaten aus den Gesprächen kann - zu Recht - eingewendet werden, hier würden willkürlich Aussagen aus dem Gesprächszusammenhang gerissen, die "ja ganz anders gemeint waren".
Weiterhin wird darauf verzichtet, die Relation der Problembereiche zueinander anzugeben, obwohl damit ein großer Informationsverlust entsteht: möglicherweise könnte ein "zentraler" Konflikt das Entstehen anderer Konflikte verursachen.
Eine Taxonomie der Konflikt soll anhand inhaltlicher Kriterien vorgenommen werden. Konflikte mit den Eltern, Liebes- und Partnerkonflikte, Schulprobleme etc. Wieweit jedoch diese Konflikte trotz der inhaltlichen Verschiedenheit gleiche oder ähnliche Reaktionsformen aufweisen, ist nicht geklärt (FEGER, 1978, S. 19).

9.3. Familiäre Situation

Auffallend an der familiären Situation der Jugendlichen ist die Häufung von Tod beider Eltern oder eines Elternteils, Scheidung oder Zerrüttung der Ehe (darunter wird in diesem Zusammenhang Trennung der Ehepartner ohne Scheidung verstanden).
So hatten 5 der insgesamt 30 befragten Jugendlichen einen oder beide Elternteile verloren und lebten bei Großeltern oder Verwandten oder wurden bei Wiederheirat eines Elternteils wieder zu Hause aufgenommen. Bei 7 Jugendlichen waren die Eltern geschieden, ein Jugendlicher war bis zu seinem 5. Lebensjahr im Heim untergebracht, einer lebte - wegen großer Schwierigkeiten mit dem Stiefvater - seit 2 Jahren von den Eltern getrennt bei Verwandten.
Somit hatten fast die Hälfte der Jugendlichen keinen (oder nur geringen) Kontakt zu den leiblichen Eltern oder einem Elternteil.
SCHWAB (1975) fand bei seiner Analyse von Krankenhausak-

ten, daß ein Drittel der Jugendlichen mit einem Selbstmordversuch aus einem "broken home" stammten.
Dieser Zusammenhang von konfliktbeladener häuslicher Situation und Selbstmord bzw. Selbstmordversuchen Jugendlicher wurde oft aufgefunden und verschieden interpretiert.
So auffallend häufig die "familiären Problemkonstellationen" bei den Jugendlichen auch sind, so kann doch keine kausale Interpretation vorgenommen werden, da wenig Wissen über die intrapsychische Projektion des Verlustes eines Elternteils existiert (wichtig wäre z.B., welches die "kritischste" Phase ist, indem ein Kind - oder ein Heranwachsender - diesen Verlust besonders schlimm erlebt, d.h. außer der aktuellen Trauer bleibende "Veränderungen" aufweist).
Es muß noch auf den - einsichtigen - Unterschied zwischen Verlust eines Elternteils durch Tod oder durch Scheidung hingewiesen werden.
So gehen der Scheidung der Eltern oft längerdauernde Auseinandersetzungen voraus; außerdem bleibt das Kind auch noch nach der Scheidung im Spannungsfeld der elterlichen Konfliktsituation, da beide Elternteile - wenn auch in unterschiedlichem Maße - noch Kontakt mit dem Kind haben.
Viele der Jugendlichen, die in einer "intakten" Familie lebten (dabei wird intakt nur nach den formalen Kriterien definiert, d.h. daß die Familie zusammenlebt), gaben an, die Ehe ihrer Eltern sei "zerrüttet". Dabei wurden von einigen Jugendlichen gelegentliche Streitereien der Eltern übers Haushaltsgeld etc . als Indikator herangezogen, andere wußten - oder vermuteten - daß ein Elternteil Beziehungen zu einem anderen Partner eingegangen war.
Daraus kann geschlossen werden, daß nicht der "objektive" Sachverhalt alleine der Bewertung der familiären Situation zugrundeliegt, sondern sehr subjektive Bewertungen der Jugendlichen. Diese Aussage zielt auf die Forderung, vor allem den Empfindungen eines Jugendlichen über seine familiäre Situation Beachtung zu schenken.
Ein Interpretationsansatz von LESTER und BECK (1976)

soll noch kurz erwähnt werden: sie diskutieren, wieweit der Verlust eines Elternteils oder beider Eltern während der Kindheit und der Adoleszenz den Erwachsenen sensibilisiert für neue Verluste. So fanden sie, daß Frauen, die einen Selbstmordversuch begingen und als "Motiv" Verlust ihres wichtigsten Partners angaben, auffallend häufig in der Kindheit den Tod der Eltern oder Scheidung der Eltern erlebten oder längere Zeit (2 Jahre und mehr) von den Eltern getrennt aufwuchsen.
Wie jedoch diese Sensibilisierung erfolgt, auf welcher Ebene des Erlebens sie sich äußert, wird von LESTER und BECK nicht thematisiert.
Folgende Hypothese ließe sich aus diesem Ansatz und den von uns im Gespräch mit den Jugendlichen erhaltenen Informationen ableiten: einige der angegebenen Motive oder Anlässe des Suizidversuchs könnten eher auf diesem Hintergrund verstanden werden. Der Abbruch einer recht kurzen und auch vom Jugendlichen selbst als wenig intensiv geschilderten Beziehung kann - durch eine solche "Sensibilisierung" für Verluste - viel schwerwiegender erlebt werden, als es der Anlaß rechtfertigt. (Damit könnte auch verstanden werden, warum die Auslöser oft so "banal" erscheinen.)

9.3.1. Konflikte mit den Eltern

Der Konflikt mit den Eltern entstand für die Jugendlichen vor allem dadurch, daß auf der einen Seite - im Beruf, in der Schule - von ihnen Selbständigkeit verlangt wurde und sie mit weniger Rücksicht rechnen konnten, auf der anderen Seite in der Familie - vor allem dann, wenn Entscheidungen nicht diskutiert werden - Selbständigkeit nicht nur wenig gefordert, sondern häufig sogar bestraft wurde.
So schilderte ein Mädchen (Pb 27) diesen Konflikt als "Gefühl, nicht sich selbst zu sein": "Ich seh nicht ein, warum man annehmen muß, daß das richtig ist, daß man

dauernd Pflichten und Verordnungen hat. Da ist man überhaupt nicht mehr sich selbst. Man kann nirgendwo was machen, wo man denkt, das kannst du verantworten, was du tust. Die Möglichkeit hat man nicht. Ich weiß nicht, wie ich das sagen soll, daß man einfach irgendwie da drin ist, also nichts selbst entscheiden kann. Das ist kein Leben mehr, da seh ich keinen Sinn drin." Dieses Mädchen schilderte ihren Vater als übermäßig autoritär, mit dem man nicht reden könne, während sich in ihrem starken politischen Interesse der Wunsch nach selbständigem Handeln und Denken niederschlug.

Diese Frage nach der Ich-Identität (ERIKSON) wird durch Konfusion der Erwartungen und Reaktionen verschiedener Seiten nicht beantwortet.

Die meisten Jugendlichen bezeichneten ihre Eltern als zu "streng", die Verbote als uneinsichtig und ihre Eltern - im Vergleich zu den Eltern Gleichaltriger - als "wenig verständnisvoll". (Nur drei (Pb 6, 7, 30) Jugendliche bezeichneten das Verhältnis zu ihren Eltern als gut, ihre Eltern hätten Verständnis für sie, sie könnten mit ihnen über alles reden.)

Als Indikator für die Strenge wurde oft Ausgangslimitierung und Verbote, Freunde zu empfangen, angegeben. ("Ich bin damals abgehauen, weil alle meine Freundinnen durften weg und ich bin immer diejenige gewesen, die um halb neun zu Hause sein mußte." Pb 12)

Als Reaktion auf die in ihren Augen übermäßige Strenge der Eltern und die Verständnislosigkeit wurde meist Auflehnung gezeigt, d.h. erst recht die Dinge zu tun, die verboten sind. Da dieses Verhalten nur strengere Sanktionen der Eltern nach sich zog, kumulierte der Konflikt.

Ob die von uns befragte Gruppe Jugendlicher häufiger als andere Gleichaltrige ihre Eltern als "verständnislos" und wenig demokratisch erlebten, kann nicht geklärt werden. Die vorsichtige Annahme kann jedoch formuliert werden: Widersprüchliche oder uneinsichtige Reaktionen der Eltern auf Selbständigkeitsbestrebungen Heranwachsender führen dazu,

daß dem Jugendlichen ein Teil seines Verhaltensspielraumes genommen wird. In seinen Augen wird alles bestraft, was er macht ("Ich war so fertig mit den Nerven. Der Vater hat immer gesagt, ich tu nichts und wenn ich was mach, dann mach ich's nicht richt, ihm nicht, meiner Mutter nicht." Pb 12)
Ob gerade dieses Gefühl, nie etwas "richtig zu machen", die Ausführung eines Selbstmordversuches begünstigt, muß offen bleiben.

9.3.2. Konflikte durch zu große Unabhängigkeit von den Eltern

In die Beschreibung der Konstellationen, die als "Ablösungskonflikt" bezeichnet werden könnten, geht mit ein, was jetzt abgetrennt dargestellt wird: die mangelnde "Einsicht" der Eltern wird von den Jugendlichen meist als Ausdruck mangelnder Liebe interpretiert.
Eine Aufteilung wird jedoch deshalb vorgenommen, weil bei dem "Ablösungskonflikt" meist primär das Erreichen äußerer oder innerer Selbständigkeit und bestimmter Rechte angestrebt wird, während der Konflikt, der durch das Gefühl ausgelöst wird, nicht geliebt zu werden, oft den Wunsch beinhaltet, in geringerem Maße von den Eltern unabhängig zu sein.
Ein Konflikt für diese Jugendlichen entsteht aus dem Wunsch, mehr Zuwendung zu erhalten und diese jedoch versagt zu bekommen und auf der anderen Seite aus dem Wunsch, gefühlsmäßige Abhängigkeit zu überwinden. (So betonten die Jugendlichen, die behaupteten, ihre Eltern oder ein Elternteil würde sie nicht lieben, wie "egal ihnen das doch sei".)
Als Zeichen für mangelnde Liebe der Eltern wurde angeführt, daß Geschwister oder Verwandte viel stärker bevorzugt werden. ("Im Gegensatz zu mir ist mein Opa für meinen Vater das ein und alles. Aber ich bin nicht das ein und alles für meinen Vater. Ich weiß ganz genau, daß ich ein guter

Typ bin." Pb 13 / "Meine Eltern haben heut morgen angerufen (im Krankenhaus), sie kommen nicht, ist ihnen also egal, was mit mir los ist. Mit meinem Vater versteh ich mich nicht gut, da wird immer die Kleine bevorzugt. Ich bin halt so ähnlich wie er." Pb 20).
Ein weiteres Zeichen dafür, nicht geliebt zu werden, bestand für einige Jugendliche darin, daß die Eltern "nichts für einen tun". ("Meinem Vater ist das doch scheißegal, was ich mach. Der hat mein Leben kaputtgemacht. Und dann soll er doch sehen, was wird." Pb 68. Der Jugendliche gab an, der Vater würde sämtliche seiner Berufswünsche ignorieren und wäre nicht bereit, ihm eine Ausbildung zu finanzieren. Der Grund dafür könne - seiner Meinung nach - nur darin liegen, daß "mein Vater mich haßt, weil ich so bin wie er".)
Ein interessanter Aspekt, der sich jedoch einer weitergehenden Interpretation entzieht, stellte die Betonung des Jugendlichen dar, so "ähnlich zu sein, wie das Elternteil, das einen (angeblich) nicht liebt".
Unabhängigkeit von den Eltern, die sich darin äußert, daß "ihnen alles egal ist, was ich mache", andererseits "Einmischungen" der Eltern, die nicht konsistent sind (so schilderten einige Jugendliche - Pb 8, 10, 13, 20 - daß bei geringfügigen Anlässen Strafen oder Verbote erteilt wurden, während bei - für sie wichtigen - Angelegenheiten keine Reaktion der Eltern erfolgte), werden von den Jugendlichen als mangelnde Liebe, ja sogar Haß, interpretiert.
Die Vielschichtigkeit der Eltern-Kind-Beziehung kann durch die Darstellung einiger ausgewählter Aussagen nicht - auch nur annähernd befriedigend - erfaßt werden, vielmehr zwingt die Komplexität des Phänomens zu Vereinfachungen. Die Aussagen der Jugendlichen wurden danach geordnet, wieweit sie Konflikte beschreiben, die durch zu geringe Unabhängigkeit von den Eltern oder durch zu große Gleichgültigkeit der Eltern verursacht sein sollen. Dabei wurde bis jetzt ein wichtiger Aspekt vernachlässigt, nämlich

die Einbettung dieser Konflikte in ein Sozialgefüge: es kann vermutet werden, daß Erschwerung der Ablösung durch die Eltern charakteristisch ist für bestimmte Schichten (obere Unter- und untere Mittelschicht - siehe Tabelle), die mit ganz bestimmten Normen und Erwartungen das Verhalten ihrer Kinder zu regeln suchen, während Gleichgültigkeit der Eltern vor allem von Jugendlichen empfunden wurde, wo die Familie aus verschiedenen Gründen nicht mehr zusammenlebte, oder wo "objektive" Gründe (Alkoholismus des Vaters bei Pb 10 und 21) eine konsistente Erziehung unwahrscheinlich machten.

9.4. Beziehung zu Gleichaltrigen

Die Bedeutung von Gleichaltrigen für den Jugendlichen ist unumstritten (MUSSEN, KONGER, KAGAN, 1976, weisen jedoch daraufhin, daß oft die Bedeutung oder der Einfluß gleichaltriger überschätzt werde, S. 592).
Da jedoch die Beziehung zu Familienangehörigen meist mit vielen Konflikten behaftet ist, in dieser kritischen Phase der Heranwachsende aber Menschen braucht, denen er sich anvertrauen kann, sind die Beziehungen zu Gleichaltrigen unentbehrlich. Sie gelten als Instanz, "die dem Individuum seine eigene Identität definieren hilft" (MUSSEN et al., S. 593). Wenn die Gleichaltrigengruppe eine ungewöhnlich dominante Rolle im Leben Heranwachsender einnimmt, so läßt sich das meist eher auf Vernachlässigung durch die Eltern als auf die Aktivität der Gruppe zurückführen. Kriterien dafür, wann die Einflüsse Gleichaltriger ungewöhnlich stark sind, sind schwer zu finden.
Bei den von uns befragten Jugendlichen gaben 7 an, ihre Freizeit ausschließlich mit Gleichaltrigen zu verbringen und keinerlei gemeinsame Aktivitäten mit den Eltern zu unternehmen (Pb 3, 8, 13, 16, 21, 22, 28).
Einige Jugendliche verbrachten zwar einen großen Teil ihrer Freizeit mit Gleichaltrigen, unternahmen daneben aber sehr häufig bestimmte Sachen mit den Eltern (Pb 5, 6, 7,

12, 20, 26), andere dagegen gaben an, weder Kontakt zu Gleichaltrigen, noch befriedigenden Kontakt zu Familienangehörigen zu haben (Pb 2, 10, 19).
Die Zugehörigkeit zu einer "festen Clique" (Gleichaltrige, die sich regelmäßig treffen) wurden von den meisten Mädchen damit begründet, daß der "Freund" zu dieser "Clique" gehört ("Was soll man denn machen, wenn nicht allein daheim hocken willst, gehst halt mit" - Pb 21). Beinah alle Mädchen gaben auch an, ohne den Freund in der Gruppe nicht akzeptiert zu werden. Sie betonten, daß bei Auseinandersetzungen zwischen ihnen und ihrem Partner immer der Partner von der Gruppe unterstützt werde.
(Die Frage stellt sich, ob nicht die Trennung vom Partner über den aktuellen Verlust der Beziehung hinaus den Verlust der Zugehörigkeit zu der Gruppe beinhaltet und somit viel schwerer wiegt.)
So wichtig und positiv die Gruppe von beinah allen geschildert wurde (gemeinsame Freizeitaktivitäten, "man verstehe sich gut", "sitzt nicht immer daheim vor dem Fernseher"), so schätzten jedoch die meisten ihre Gruppe als unfähig ein, wenn es darum geht, Hilfe zu leisten.

Pb 13: "Ich bin jetzt in einer Clique, da machen wir arg viel. Und dann reden wir über alles, aber über Probleme, da kann ich nicht reden. Und jetzt ist's mir schon zweimal so gegangen, da hab ich über ein Problem geredet und dann sind sie nur auf mich losgegangen."

Vollständige Isolation von Gleichaltrigen wurde von 4 Jugendlichen angegeben (Pb 2, 9, 10, 19). Diese Isolation wurde übereinstimmend als sehr "bedrohlich" erlebt.
Ein Jugendlicher (Pb 9) begründete seinen Selbstmordversuch damit, sein Leben habe keinen Sinn mehr, seitdem Elvis Presley tot sei.
Dieser Jugendliche hatte keinerlei Kontakt zu Gleichaltrigen, sein Vater war früh verstorben, die Mutter brachte wenig Zeit und Verständnis für ihn auf, er identifizierte sich vollständig mit seinem Vorbild (Kleidung und Haar-

farbe wurden nachgeahmt) und hatte in seiner Phantasie - wie er berichtete - dessen Platz geteilt.

9.4.1. Partnerkonflikte

Der so romantisierende Ausdruck des "Liebeskummers", der sehr häufig als Motiv des Selbstmordversuches Jugendlicher (besonders von Mädchen) angegeben wird, wird hier nicht verwendet. (Bei 14 der von uns befragten Jugendlichen war im Krankenblatt "Liebeskummer" als Motiv angegeben.) Die Aussagen sollen nur kurz wiedergegeben werden von den Jugendlichen, die auch - nach eigenen Angaben - eigentlich "nur" wegen einer abgebrochenen Beziehung einen Selbstmordversuch unternahmen (Pb 2, 4, 5, 6, 7, 16, 25).
Der Verlust eines Partners und der daraus resultierende "Liebeskummer" ist oft nur im Zusammenhang mit der allgemeinen deprivierten Situation dieser Jugendlichen zu verstehen. Für viele stellte der Partner die einzig erfreuliche Ausnahme in einem wenig erfreulichen Leben dar.
Ein Mädchen (Pb 2), das den zweiten Selbstmordversuch verübte, weil ihr Freund sie zwei Jahre zuvor verlassen hatte und die durch ihre Arbeit keinerlei Möglichkeiten hatte, neue Kontakte aufzunehmen, erzählte: "Das hab ich halt gemacht, weil ich den G. nicht vergessen kann. Als ich mit dem zusammen war, da bin ich noch weggekommen. Und jetzt sitz ich immer vor dem Fernseher. Und manchmal strick ich. Und dann denk ich immer an G."
Pb 16: "Und mit dem K. konnt ich über alles reden, wegen der Scheiße zuhause und so, und wenn der jetzt weg ist, dann hab ich halt gedacht, jetzt kann ich nimmer."
Konflikte entstanden z.T. daraus, daß einige Jugendliche überhöhte Erwartungen an die Beziehung hatten: so gaben einige an, (Pb 5, 6, 7) den Partner unbedingt heiraten zu wollen und ohne ihn nicht leben zu können.
Die Ursachen für solche Ansprüche und Pläne können nur vermutet werden - so war es für einen Jugendlichen, des-

sen Beziehung zu diesem Mädchen den ersten sexuellen Kontakt darstellte, undenkbar, "daß sie ihn dann noch verläßt" (Pb 6). Ein Mädchen, das ihren Selbstmordversuch damit begründete, ohne den Freund (den sie 2 Wochen kannte) nicht leben zu wollen, erzählte sehr lange von der glücklichen Ehe ihrer Eltern, um dann sehr unvermittelt zu erzählen, die Mutter habe anonyme Briefe erhalten, die dem Vater eine Beziehung zu einer anderen Frau unterstellten.
Diese Überlegungen sollen dazu dienen, die Bedeutung der Zweierbeziehung, die jedoch oft nicht an die Person des Partners gebunden ist, zu illustrieren: Der Verlust des Partners kann den Verlust des gesamten Sozialgefüges nach sich ziehen. Schwierigkeiten mit den Eltern können einige Jugendliche dazu führen, sehr viele ihrer Wünsche in die Partnerschaft zu verlegen.

9.5. Alkohol- und Drogenproblematik

Acht der von uns befragten Jugendlichen gaben an, sehr viel und sehr häufig zu trinken (Pb 21, 22, 28, 26, 8, 15, 12, 10). (Dabei wurde als 'sehr viel' von einigen Jugendlichen 1 Liter Bier, von anderen bis zu 4 Liter Bier bezeichnet.) Zwei der Jugendlichen (Pb 10, 22) hatten schon eine Entziehungskur hinter sich.
Der hohe Konsum an Alkohol (in einem Fall kombiniert mit Beruhigungstabletten, in einem anderen 'wechselte' der Jugendliche 'ab' zwischen Alkohol und Haschisch) wurde von allen als "beunruhigend" angesehen. 5 Jugendliche kombinierten Alkohol und Drogen (Pb 8, 15, 22, 26, 28), zwei Jugendliche gaben nur Drogenkonsum an (Pb 16, 17).
Zwei Jugendliche bezeichneten ihren Alkoholkonsum als ihr größtes Problem: "Mir geht's nicht gut, weil es (der Selbstmordversuch) nicht geklappt hat, ich hab Angst vor der Zukunft. Ich vermute nämlich, daß ich Alkoholiker bin." (Pb 28)

Eine anderer Jugendlicher, der vor einem halben Jahr eine Entziehungskur gemacht hatte, jedoch drei Wochen vor seinem Selbstmordversuch wieder mit dem Trinken angefangen hatte, sagte: "Ich hab's halt nicht begriffen, daß ein Alkoholiker nie in seinem Leben Alkohol trinken darf, ich wollt halt so trinken, wie normale Leute auch und automatisch bin ich da reingerutscht, mit dem P. und dem A., die trinken auch ziemlich viel. Und dann haben wir natürlich Haschisch geraucht und Tabletten gegessen, alles durcheinander. Mit dem Haschisch hab ich angefangen als Ersatz für Alkohol, weil ich ja nichts trinken durfte, irgendetwas wollte ich ja auch." (Pb 22)
Einige Jugendliche betonten, daß Alkohol - zumindest eine zeitlang - für sie das Leben "erträglicher" machte. "Die ganze Zeit, wo ich Alkohol getrunken hab, hab ich geglaubt, damit könnt ich meine Probleme lösen." (Pb 21) "Früher, wenn's mir beschissen ging, war's der Alkohol und die Zigaretten hauptsächlich, dann bin ich umgestiegen, ich war schon ganz glücklich, daß ich keinen Alkohol mehr angerührt hab, aber dann die Tabletten. Ich hab 'ne ganze zeitlang Beruhigungstabletten genommen, nur um zu schlafen, einfach abzuschalten." (Pb 26)
Diese auffällig hohe Anzahl Jugendlicher (insgesamt 10 der 30 Befragten), die Probleme mit ihrem Alkohol- und Drogenkonsum äußerten, regt zum Nachdenken an. Vorausgeschickt werden muß, daß - wie eingangs dargestellt - die Höhe des Alkohol- und Drogenkonsums stark variierte - und nur einer dieser Jugendlichen als "süchtig" bezeichnet werden kann (wenn man Abhängigkeit oder Sucht durch die Merkmale kennzeichnen will, wie übermächtiger Wunsch, das Suchtmittel zu beschaffen, Tendenz zur Dosissteigerung, Abhängigkeit, die sich im Auftreten eines Entziehungssyndroms bei Entziehung äußern kann usw.), während die anderen Jugendlichen sehr wohl noch in einem gesellschaftlich tolerierten Rahmen Alkohol zu sich nahmen. Wichtig erscheint jedoch, daß keiner der befragten Jugendlichen seinen Alkoholkonsum "angenehm" oder "angemessen" fand. Einige glaubten, schon vom Alkohol abhängig zu sein und es "ohne Alkohol nicht

mehr zu schaffen", andere bezeichneten ihre Lebenssituation als derart unerträglich, daß Alkohol das einzige Mittel darstelle, das "alles überhaupt noch zu packen" (Pb 15).

SCHMIDTOBREICK (1976 in RINGEL) fand bei seinen Erhebungen, daß 39,3% aller Suchtkranken einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich hatten; die meisten Untersuchten hatten ihren Suizidversuch in den ersten fünf Jahren des Suchtmittelmißbrauchs unternommen, 14% schon früher. Daraus schließt er, daß Suchtmittelmißbrauch und Selbstmordhandlungen sich gegenseitig beeinflussen und auf gemeinsame psychische Grundstrukturen zurückzuführen seien. So könnte - in Anlehnung an MENNINGER - Sucht und Suizid als Ausdruck der gleichen Dynamik aufgefaßt werden und Sucht - innerhalb des Kontinuums selbstzerstörerischer Handlung - als sukzessive Annäherung an den Suizid aufgefaßt werden. (Dies drückt sich nicht zuletzt in dem umgangssprachlichen Slogan der "Sucht als Selbstmord auf Raten" aus.)

JÖRNS (1979) sieht diese Gemeinsamkeit in dem "selbstzerstörerischen Wunsch, ein anderer sein zu wollen" (JÖRNS, 1979, S. 59). Dieser Wunsch soll sich bei Versagen der sozialen Interaktion entwickeln; je mehr diese - unerträglich und sinnlos gewordene - Interaktion versagt, soll auch der Wunsch nach Flucht aus der Wirklichkeit wachsen. Suchtmittel - so JÖRNS - suggerieren dem Individuum die Realisierung dieses Wunsches, ein anderer zu sein. Die durch die Sucht verstärkte soziale Desintegration soll zu einer gesteigerten Regression führen, zu suizidalen Sehnsüchten.

Dieser Ansatz von JÖRNS soll kurz anhand der vorliegenden Äußerungen der Jugendlichen aufgegriffen werden: Dieser Wunsch - durch das Suchtmittel - ein anderer zu sein, wurde von allen vorgebracht, so vermeintliche Erleichterungen bei der Kontaktaufnahme, durch den Alkohol unterhaltsamer und lustiger zu sein und auch Phantasien über die durch den Alkohol vermittelten Machtgefühle. Ausgehend von der Annahme, Suizid sei Ausdruck eines lebenslangen Prozesses, können sowohl übermäßiger Alkoholkonsum als auch die

Suizidhandlung als Zeichen noch unreifer Problemlösungsstrategien aufgefaßt werden. Die von diesen Jugendlichen geschilderten Konflikte wurden als unlösbar, da ihnen unerklärlich und fremd erscheinend, angesehen, die Umwelt wurde meist als übermächtig und nicht kontrollierbar erlebt. Die meisten schilderten dies als Gefühl des Ausgeliefertseins, wobei Alkohol oder Drogen oft zwei Funktionen von ihnen zugesprochen erhielten: Stärkung des vermeintlich schwachen Selbst und Möglichkeit zum Vergessen.

9.6. Ausbildung/Schule/Beruf

Gerade in der Ausbildungs- und Berufssituation der Jugendlichen schlagen sich gesamtgesellschaftliche Phänomene sehr deutlich nieder: 9 der Jugendlichen hatten eine Lehre abgebrochen, 4 davon waren zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslos, 5 als ungelernte Arbeitskräfte tätig, 5 waren früher arbeitslos. Der Abbruch der Lehre wurde von 8 Jugendlichen damit begründet, daß man in diesem Beruf sowieso nie arbeiten wollte, die Lehre jedoch anfangen mußte, "da sonst nichts anderes da war". Als Anlaß für den Abbruch dienten meist von den Jugendlichen selbst als geringfügig bezeichnete Vorfälle: Krach mit dem Chef oder den Kollegen.
Von allen wurde betont, daß sie "sowieso was anderes machen wollten". Dabei ist der Einfluß der Eltern auf die Berufswahl meist gegenüber den Arbeitsmarktgegebenheiten zurückgetreten, einige Jugendliche erzählten, daß ihre Eltern sie gedrängt hätten, "eine Stelle - egal was auch immer -" anzunehmen.
2 der Jugendlichen hatten eine Lehre abgeschlossen, dabei war jedoch ein Jugendlicher vollständig unzufrieden mit seinem Beruf (Pb 8) und war entschlossen, eine andere Berufsausbildung zu machen. Er betonte, daß seine Eltern ihn zu diesem Beruf gedrängt hätten mit dem Versprechen, er könne nach Abschluß der Lehre weitermachen. In der

Lehre waren sieben Jugendliche, vier besuchten eine Realschule, drei ein Gymnasium, drei arbeiteten als ungelernte Hilfskräfte.

9.6.1. Exkurs: Arbeitslosigkeit

9.6.1.1. Vorbemerkung

Wenn nachfolgend einige kurze Überlegungen zur Situation jugendlicher Arbeitloser dargestellt werden, so geschieht dies nicht in der Absicht, Arbeitslosigkeit als die Ursache eines Selbstmordversuches zu beschreiben. Allerdings hat das z.T. erschreckende Ansteigen der Jugendarbeitslosigkeit und der nur teilweise gleiche Anstieg der Selbstmordversuche Jugendlicher schon oft zu diesem Schluß verführt. Darüberhinaus wird Arbeitslosigkeit im Zusammenhang mit anderen Erscheinungen wie Jugendkriminalität, Rauschmittelmißbrauch usw. gebracht. Jedoch selbst eine statistisch belegte Parallelität in den Verläufen bestimmter Häufigkeitsziffern muß vorsichtig interpretiert werden: auf die Möglichkeit, beide Variablen seien Ausdruck der Gemeinsamkeit mit einer dritten, nicht erfaßten Variable wurde schon hingewiesen. So kann aber die Annahme, gerade die in den meisten Lebensbereichen Benachteiligten hätten die geringsten Chancen, eine Arbeitsstelle zu erlangen, auf der anderen Seite auch die sowieso am wenigsten ausgeprägte Fähigkeit, mit enttäuschenden Situationen fertig zu werden und wären deshalb auch eher selbstmordgefährdet, nicht zurückgewiesen werden. Jedoch sollen damit die massiven - z.T. vom Individuum unabhängigen und von diesem auch als unkontrollierbar erlebten - äußeren Beschränkungen, die sich zur Zeit konkret in der schlechten Arbeitsmarktlage niederschlagen, nicht mit diesen Anmerkungen übersehen werden.

9.6.1.2. Zur Situation der jugendlichen Arbeitslosen

Zur Zeit sind in Baden-Württemberg 6000 Jugendliche monatlich arbeitslos gemeldet (Quelle: WIDMAIER, Tagungsprotokoll, 1978), dabei dürfte die tatsächliche Zahl weitaus höher liegen als angenommen, da es eine nicht exakt erfaßbare Dunkelziffer derer, die sich nicht melden oder ohne Hoffnung auf Arbeit die Suche vollständig aufgeben (zumeist dürften dies Mädchen sein), gibt. Von der Arbeitslosigkeit - so WIDMAIER - sind unter den Jugendlichen vor allem bestimmte Gruppen betroffen: Ausländer, Frauen, Jugendliche ohne Hauptschulabschluß, Behinderte, zunehmend auch Jugendliche auf dem Land. Über die psychosozialen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit - "jene kurz- oder langfristigen Folgen - eventuell Deformationen, die sich in der Persönlichkeitsentwicklung und in den Außenkontakten des Arbeitslosen einstellen" (STRÖBEL, 1978) - sind einige Untersuchungen veröffentlicht worden.
So zählt WACKER (1977) eine Reihe - auch älterer - Untersuchungen zum Problem der Arbeitslosigkeit auf, die sich jedoch besonders mit den Problemen erwachsener Arbeitsloser beschäftigen: Mit der Aufgabe des Arbeitsplatzes geht die Struktur des bis dahin gewohnten Tagesablaufes verloren, schlagartig steht sehr viel freie Zeit zur Verfügung, die jedoch nicht als freie Zeit - da ihre Abgrenzung zu der mit Arbeit ausgefüllten Zeit fehlt - sondern als sinnlose, leere Zeit angesehen wird. Besonders deutlich wird dies für Erwachsene, die jahrelang mit der relativ starren Struktur des zweigeteilten Bereiches (Arbeit und Freizeit) gelebt haben. Diese Veränderung kann als bedrohlich erlebt werden, so zeigen auch die Ergebnisse von JAHODA, LAZARSFELD und ZEISEL (1933, Ausgabe 1978), daß den wenigsten arbeitslosen Erwachsenen eine sinnvolle Strukturierung ihrer nun im Übermaß vorhandenen Zeit gelingt. Jugendliche dagegen, die noch nicht lange (oder noch gar nicht) im Berufsleben stehen, empfinden dies anfangs nicht so gravierend, was Erwachsene wie ein Schock trifft. Sie betrachten diese Zeit zuerst als Urlaub, mit fortschreitender Dauer der Arbeits-

losigkeit wird sie jedoch als immer sinnentleerter und bedrohender erlebt (vgl. SCHOBER, 1978). Bei den von uns befragten Jugendlichen hatten 9 eine Lehre abgebrochen und waren einige Zeit (2-4 Monate arbeitslos), 4 hatten zum Zeitpunkt der Erhebung keine Arbeit (Pb 3, 10, 15, 19), die Dauer ihrer Arbeitslosigkeit betrug zwischen 2 Wochen (Pb 19) und 2 Jahren (Pb 15). So schilderte ein Jugendlicher, der seit 5 Monaten arbeitslos war, seinen Tagesablauf: "Also zuerst da schlaf ich mal lange. Daheim gibt's nichts zu tun, das macht alles die Mutter. Und dann geh ich in die Kneipe zum Frühschoppen, da treff ich auch Kumpels, die arbeitslos sind, dann geh ich zum Mittagessen heim. Nachmittags da schlaf ich lange. Und dann geh ich wieder in die Kneipe. Da kann man flippern. Und abends da seh ich halt fern." Ebenso klagten auch die anderen über Langeweile, Unfähigkeit, den Tag zu strukturieren. In ihren Berichten über ihren Tagesablauf fiel auf, daß sie stärker als die anderen berufstätigen Jugendlichen sehr große leere Zeitspannen angaben. So berichtet ein Jugendlicher (Pb 3), er würde um 9 Uhr aufstehen, von 9-10 frühstücken, dann so ab 11 Uhr seine Freunde besuchen. Er konnte sich nicht erinnern, was er denn zwischen 9 und 11 Uhr machte, da die übliche Zeit für Aufstehen und Frühstücken wohl über 2 Stunden liegt.
Dieses Phänomen des "großzügigen Umgangs mit der Zeit" war für die meisten arbeitslosen Jugendlichen typisch und wurde auch von den übrigen, inzwischen wieder arbeitenden, während der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit so erlebt. Von allen wurde als belastend das Herausreißen aus früheren sozialen Bezügen erlebt und als Gefühl geschildert "in der Luft zu hängen". Die meisten hatten während ihrer Arbeitslosigkeit den Kontakt mit den früheren berufstätigen Freunden verloren und fühlten sich entweder vollständig isoliert und auf die Familie angewiesen oder versuchten, sich anderen Arbeitslosen anzuschließen. Während Mädchen für die Dauer ihrer Arbeitslosigkeit vor allem für übliche häusliche Tätigkeiten herangezogen wurden, verbrachten die männlichen Jugendlichen den größten Teil

des Tages außerhalb der Familie, in "Kneipen", mit "Rumfahren" etc. SCHOBER (1978) glaubt, daß gerade dieser Rückzug weiblicher Arbeitsloser in die Familie mit deren Pflichten einen Wiedereintritt in den Beruf erschwert, wenn nicht sogar verhindert, sie verweist auch darauf, daß diese Mädchen früher als Berufstätige heiraten und deutet dies als den - für die Mädchen - einzig möglichen Ausweg aus der Familiensituation. Im Gegensatz zum Erwachsenen, dem die Familie meist einen Schonraum bietet (falls es nicht zum "Rollenkonflikt des Ernährers der Familie" kommt - STRÖBEL; 1978), empfindet der Jugendliche den Rückschritt in die Familiensituation als Einengung. Nimmt man die thematisierte Überlegung der Ausweitung des "Lebensraumes" in der Jugend auf, so läßt sich diese Einschränkung mit mehrfacher Bedeutung sehen: Zum einen war für die von uns befragten Jugendlichen materielle Einschränkung von Bedeutung; da sie - wie die meisten arbeitslosen Jugendlichen - keine materielle Unterstützung bezogen, waren sie wieder ganz auf die Familie angewiesen, die ihrerseits selbst finanziell nicht gut gesichert war. Zum anderen vermißten sie die Möglichkeit, Neues zu erfahren, einer erzählte, er fühle sich wie ein "Rentner: rumsitzen und auf irgendwas warten". Alle berichteten übereinstimmend, sich dieser Situation "ausgeliefert" zu fühlen, ohnmächtig zu sein. Zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit politischen Geschehnissen und einem Engagement führte dies nur bei einem Jugendlichen (Pb 22), während die anderen Desinteresse äußerten und auch nicht daran glaubten, politische Maßnahmen könnten ihnen in ihrer Situation helfen.

Dieses Gefühl der Ohnmacht der eigenen Person war verbunden mit dem Gefühl, sowieso nicht sehr viel "zu taugen". Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß für diese Gruppe der Jugendlichen stärker als bei den anderen befragten Jugendlichen die Zeit an eigener Strukturierung verloren hatte, so wurden "Hobbies" aufgegeben, das Gefühl, nichts wert zu sein, war mit Aggression gegen die eigene - vermeintlich unfähige - Person, als auch gegen die Umwelt (die

Eltern, ehemalige Kollegen oder Mitschüler, die "halt schlauer waren", Arbeitgeber) verbunden.
Kein Jugendlicher führte seinen Selbstmordversuch auf die Arbeitslosigkeit allein zurück, jedoch gewann diese für das Selbstmordgeschehen insofern an Bedeutung, indem sie - in den Augen der Jugendlichen - den Handlungsfreiraum und die Perspektiven soweit verengte, daß darüberhinausgehende Konflikte als nicht mehr erträglich angesehen wurden. "Normalerweise bin ich ja nicht so ein Kerl, ich hätte das sonst ja ertragen, aber wenn man sowieso den ganzen Tag rumhockt, dann kann man ja irgendwann nicht mehr." (Pb 10)

9.6.2. Zufriedenheit mit Beruf/Lehre

Wie schon ausgeführt, zwingen vor allem die Gegebenheiten des Arbeitsmarktes viele Jugendliche dazu, irgendeine Lehre zu ergreifen, die vielleicht ihren ursprünglichen Vorstellungen nicht entspricht.
Darüberhinaus stellt die Berufswahl einen komplexen Prozeß dar, wobei gerade auch der Einfluß der Eltern - neben Arbeitsmarktgegebenheiten - von Bedeutung ist.
Berufswünsche der Jugendlichen (Pb 2, 3, 4, 8, 16, 21) wurden nach ihren Angaben von den Eltern meist als unrealistisch abgetan und darauf gedrängt, etwas Sinnvolles zu lernen. (Die meisten Jugendlichen gaben Traumberufe an, wie z.B. Elektriker, Mechaniker etc., wo wenig Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen.)
Nur zwei Jugendliche (Pb 6, 13) bezeichneten sich als zufrieden mit ihrem Beruf. Sie betonten, daß es ja "klar ist, daß die Lehre blöd ist, aber da muß man halt mal unten durch" (Pb 6), "wenn man sich nicht anpaßt, kann's schon Ärger geben" (Pb 13), äußerten aber die Ansicht, es würde sich lohnen, dies auf sich zu nehmen.
Der "Job sei ihnen sowieso egal", wäre allerdings auch nicht belastend, sagten drei Jugendliche (Pb 7, 9, 16).

Völlig unzufrieden waren elf Jugendliche. Als Gründe für die Unzufriedenheit wurden ungünstige Arbeitszeiten, geringer Verdienst, Krach mit dem Vorgesetzten oder Kollegen angeführt.
In ihrer beruflichen Situation sahen Pb 2, 8, 10, 19 eines ihrer größten Probleme: Pb 2 "Durch die blöde Arbeit komm ich nie weg, ich seh nie jemanden. Und dann ist's so öd, immer allein zu sein." Pb 19 betonte, daß er in der Lehre nur ausgenützt wurde: "Die hatten mir gesagt, ich hätt jedes zweite Wochenende frei und da hab ich 6 Wochen geschafft und hatte nie frei."
Die Jugendlichen, die ihre Ausbildungssituation als unbefriedigend bezeichnet hatten, gaben sehr unterschiedliche Perspektiven an: vier Jugendliche (Pb 2, 8, 10, 19) hatten Traumberufe, die sie jedoch aufgrund ihrer Ausbildung nicht ergreifen konnten. So wurden Schulabschlüsse gefordert, die sie nicht aufweisen konnten und wo auch keine Chance bestand, diese Abschlüsse nachzuholen.
Wie "unrealistisch" ihre Perspektive war, war den meisten bekannt, sie entwickelten jedoch keine andere Perspektive.

9.6.3. Schulsituation

Von den sieben Jugendlichen, die noch die Schule besuchten, gaben drei an, keinerlei Schwierigkeiten in der Schule zu haben. Ihre Leistungen seien gut, die Integration in die Klasse befriedigend und die Eltern hätten "nichts auszusetzen".
Zwei Jugendliche (Pb 22, 28) befürchteten, den Anforderungen der Schule nicht gewachsen zu sein. Pb 22: "Früher kam ich mit der Schule gut zurecht, aber dann wuchs mir's über den Kopf, da bracht man einen Schnitt von Drei. Und da schaff ich nie 'ne Drei." Dabei stellte für Pb 28 die Schulsituation eines seiner "schlimmsten Probleme" dar, Pb 22 dagegen fand, es sei zwar "beunruhigend, aber deshalb hab ich es (den Selbstmordversuch) nicht gemacht".

Probleme mit der Schule entstanden für Pb 12 eigentlich daraus: "Ich war ganz zufrieden mit der Schule. Ich bin so Durchschnitt. Aber mein Vater hat immer gemeckert. Das schaffst du nie. Und wenn ich nach 9 Stunden Schule heimkomme, da hat er gemeint, jetzt müßt ich noch was lernen. Der Vater ist mit keiner Leistung zufrieden."
Aus Enttäuschung darüber, daß die "Schule einem nicht hilft, sich selbst zu sein" gab Pb 27 an, jetzt nur noch sehr durchschnittliche Leistungen zu erbringen, obwohl sie früher ausgezeichnete Leistungen aufwies.

9.7. Das Suizidgeschehen

9.7.1. Das "Arrangement"

Unter "Arrangement" oder "Umgebung" des Suizidversuchs (LINDEN, 1967) werden oft Methode des Selbstmordes, der Ort der Ausführung und die Rettungsmöglichkeiten zusammengefaßt.
Dabei soll nach LINDEN die Wahl der Methode Rückschlüsse auf die Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht zulassen. Dies wurde jedoch von einigen Autoren widerlegt. So weist LEMPP (1972) daraufhin, daß gerade bei Jugendlichen eine Suche nach demonstrativen Zügen in der Selbstmordhandlung (und damit verbunden meist eine Bagatellisierung) völlig falsch sei.
Schlaf- und Beruhigungstabletten sind nicht nur wegen der schmerzlosen Anwendung, sondern auch wegen des langsamen Wirkungseintrittes, der Zeit für Rettung übrig läßt, die wohl am häufigsten verwendeten Mittel. LINDEN weist daraufhin, daß Individuen, die ernsthaft einen Selbstmord planen, schneller wirkende Methoden bevorzugen. (Diese Annahme ist - nach BECK et al., 1976 - nur berechtigt, wenn ein Individuum hinreichende Kenntnis über die Letalität der Mittel besitzt.)
Durch die Entscheidung, nur Jugendliche, die auf eine internistische Intensivstation eingeliefert wurden, zu be-

fragen, liegen uns keine Zahlen darüber vor, wieviele Jugendliche Selbstmordversuche mit sogenannten "harten" Mitteln verübten. (Nach Aussagen der im Krankenhaus Tätigen soll diese Zahl jedoch sehr gering sein.)
Am häufigsten wurden Schmerz- und Schlaftabletten verwendet, dann Beruhigungstabletten. Einige Jugendliche nahmen mehrere Medikamente ein, z.B. Schmerztabletten, Kreislaufmittel, Antiallergica etc. Viele kombinierten die Tabletteneinnahme mit Alkohol. Zusätzliche Schnittverletzungen an den Handgelenken brachten sich drei Jugendliche bei.
Wie schon ausgeführt, dürfte die leichte Verfügbarkeit von Tabletten die Wahl als Suizidmethode begünstigen. Acht Jugendliche hatten die Mittel aus der "Hausapotheke der Eltern". Vierzehn der Jugendlichen hatten sich rezeptfreie Medikamente - meist Bromcarbamidpräparate - besorgt. Acht Jugendlichen wurden die Mittel vom Arzt verschrieben, wobei vier Jugendliche als Grund für den Arztbesuch angaben, sie hätten sich so "niedergeschlagen" und so "nervös" gefühlt und auch damals schon an Selbstmord gedacht. Dies steht in Einklang mit der Annahme NISSENs, daß häufig vor dem Suizidversuch nach Rat und Hilfe gesucht wird.
Häufige oder ständige Einnahme von Beruhigungstabletten oder Schlaftabletten durch die Eltern gaben neun Jugendliche an.
Die Überlegung erscheint sinnvoll, ob nicht ein schlechtes Beispiel "nachgeahmt" wird. (So betonten diese Jugendlichen, daß die Eltern über eine Vielzahl von Medikamenten verfügten und diese auch ständig nähmen.) Elterliche "Problemlösestrategien", die u.U. in der Einnahme von Medikamenten bestehen, könnten vom Jugendlichen übernommen werden.
AKERS, 1977, (vgl. 3.2.4.) hat ja auf die Möglichkeit hingewiesen, daß der Selbstmordversuch Ergebnis von Modelllernen darstellen könnte.
Schwierig zu erfassen und zu quantifizieren war, wieweit die Jugendlichen über die Letalität der verwendeten Mittel wußten.
Einige betonten, daß sie - wenn sie tatsächlich sterben

wollten - größere Mengen eingenommen hätten (Pb 1, 4 12). Jedoch war ein Mädchen (Pb 12) über die Gefährlichkeit der von ihr verwendeten Medikamente nicht informiert. Da sie schon häufig - angeblich nicht in der Absicht, sich umzubringen - größere Mengen von Schmerztabletten eingenommen hatte, wurden bei ihr schon morphologisch faßbare Veränderungen der Niere festgestellt.
Ein Mädchen (Pb 4), die im 5. Monat schwanger war, wollte mit der Tabletteneinnahme nicht sich selbst umbringen (denn "dann hätte sie ja mehr genommen"), sondern ihre Schwangerschaft beenden. Jedoch würde sie lieber ihren Tod in Kauf nehmen, als die Schwangerschaft auszutragen.
Andere Jugendliche hatten die Gefährlichkeit der Medikamente überschätzt (Pb 8, 9, 11, 16) und hielten ihr Überleben für einen dummen Zufall. (Pb 9 betonte, daß er so einen "Mist" nicht mehr nehmen würde, da wäre ja Zyankali oder 'ne Kugel in den Kopf schon besser.)
Ein Teil der Jugendlichen kümmerte sich wenig darum, wie "schlimm" oder "gefährlich" die Tabletten waren.
Die Wahl von Tabletten als wohl häufigste Methode des Suizidversuchs Jugendlicher kann aber durch die leichte Verfügbarkeit, auch durch das "Beispiel" der Eltern, sowie die Schmerzlosigkeit der Methode und die Möglichkeit zur Rettung bedingt sein.
Es kann vermutet werden, daß gerade der durch Schlaf- und Beruhigungstabletten verursachte "Schlaf" den Übergang in den Tod erleichtert. Dies muß noch spekulativ bleiben, da wenige differenzierte Untersuchungen über die Todeskonzeption Jugendlicher vorliegen.
Untersuchungen von TARTER et al. (1974) konnten nicht nachweisen, daß der Grad der "Todesangst" mit den durch das Arrangement festgelegten Rettungsmöglichkeiten zusammenhing. Sie betonen jedoch, daß Jugendliche, die einen Selbstmordversuch unternahmen, ein geringeres Ausmaß an "Todesangst" aufweisen als eine Vergleichsgruppe.
NEURINGER (1968) fand keinen Unterschied in der Bewertung des Lebens und des Todes zwischen Suizidgefährdeten und Nichtsuizidgefährdeten, stellte jedoch in einer Nachfolge-

untersuchung (NEURINGER und LETTIERI, 1971) bei Probanden, die als stark selbstmordgefährdet galten, eine auffallende negative Einschätzung des Lebens (verglichen mit nicht als selbstmordgefährdet bezeichneten Personen) fest.
Wie WETZEL (1975) ausführt, sind Veränderungen in der Bewertung des Lebens eng verknüpft mit Änderungen der Selbstmordabsicht, danach stelle - so WETZEL - die Einschätzung und Bewertung des Lebens den besten Prädiktor für Selbstmordgefährdung dar.
Die Einsichtigkeit dieser Ergebnisse (wer kann sich schon vorstellen, daß jemand der sein Leben als glücklich und angenehm empfindet, Selbstmord begehen will) stellt die Frage nach ihrer Relevanz. So würden wohl eher Längsschnittuntersuchungen Aufschluß über die Bedeutung der Bewertung des Lebens für die Selbstmordgefährdung geben als Gruppenvergleiche.
Die von uns befragten Jugendlichen gaben alle an, "über den Tod" nicht nachgedacht zu haben. Damit soll jedoch auf die oben mit Einschränkungen thematisierte These verwiesen werden, daß möglicherweise nicht so sehr die Art der Todeskonzeption die Neigung zum Suizid erhöht, als vielmehr die Bewertung des Lebens (insgesamt oder in der augenblicklichen Situation): Im Vordergrund steht wohl eher der Wunsch, nicht mehr zu leben als der Wunsch zu sterben.

9.7.2. Die präsuizidale Situation

Die Beschreibung der Konflikte und Probleme der von uns befragten Jugendlichen konnte wenig Aufschluß darüber geben, warum gerade diese Jugendlichen einen Selbstmordversuch verübten. Sehr viele der thematisierten Probleme können als alterstypisch bezeichnet werden. Wie schon ausgeführt, war jedoch die Häufung familiärer Konfliktsituationen (die mit dem Begriff des "broken home" nur ungenügend charakterisiert werden können) auffallend. Weitergehende Interpretationen verbieten sich jedoch bei dem

vorliegenden Material.
Der Ansatz von DOUGLAS (vgl. auch 4.1.), nach dem jede Selbstmordhandlung für das Individuum einen Sinn hat, soll noch einmal aufgegriffen werden. Wobei besonderes Gewicht auf den Aspekt gelegt wird, die Selbstmordhandlung signalisiere, daß das Individuum sich in einer für ihn unerträglichen Situation befinde.
Wann ein Individuum eine bestimmte Situation "unerträglich" findet, kann nicht geklärt werden. Deshalb soll im folgenden auf einige Äußerungen der Jugendlichen zurückgegriffen werden, wonach nicht so sehr ein bestimmtes Problem "auslösend" für den Suizidversuch war als vielmehr das Gefühl, "jetzt kommt alles zusammen" und ist unlösbar. Die meisten Jugendlichen (außer Pb 1, 5, 6, 7, 17, 25, 29, 30) betonten, daß sie eigentlich sehr viele Schwierigkeiten hätten, die auch zeitlich sehr unterschiedlich einzuordnen seien. Beinah alle Konflikte mit den Eltern hatten eine sehr lange Geschichte (ein Jahr oder länger), wobei den meisten dieser recht lange dauernde Konflikt noch erträglich erschien. Das Gefühl, "nicht mehr zu können" wurde durch neue Konflikte ausgelöst.
"Ich hatte so die Schnauze voll. Da war so viel auf einmal. Schwierigkeiten mit meinem Vater, weil der sich wieder einmischt. Und dann nur das mit der M. Und dann kommst abends heim und kriegst noch Krach mit den Hausleuten. Ich hab halt keinen Pfennig mehr. Und dann hab ich überlegt, daß ich das alles nicht mehr schaff." (Pb 13)
"Die Ehe meiner Eltern ist zerrüttet, und meine kleinen Geschwister, die hängen jetzt so an mir. Ist ja klar, daß die alles mitbekommen. ... Letzten Sommer mußt ich eine Abtreibung machen lassen. Ich werd jetzt noch täglich in Träumen verfolgt, daß sie mir das Baby wegnehmen. In der Schule werd ich immer schlechter. Und ich fühl mich tagsüber wie gerädert. Und dann hab ich mir gesagt, jetzt reicht's, machst Schluß, dann bist du frei von allem." (Pb 27)
"Daß ich mich umbring, hab ich mir schon oft überlegt, 4 Jahre oder so. (Die Pb schildert die Schwierigkeiten mit

ihren Eltern, die in ihren Augen sie nicht lieben und anerkennen.) Und am Abend hab ich meinen Freund angerufen, der ist nicht ans Telefon gegangen. Und dann hab ich überlegt, bis hierher und jetzt willst du nicht mehr. Dann hab ich die Tabletten genommen." (Pb 20)
Dieser Kumulationseffekt könnte dadurch entstehen, daß das "neue" Problem als dem alten ähnlich angesehen wird.
(Es wurde schon darauf hingewiesen, daß möglicherweise banale neue Probleme oder Konflikte ihre Bedeutung nur dadurch erlangen, daß das Individuum für dieses Problem "sensibilisiert" ist.)
An dieser Stelle kann das Paradigma der "Hoffnungslosigkeit" herangezogen werden: Einschätzungen der eigenen Person, z.B. "bei mir läuft sowieso alles schief", könnten möglicherweise handlungsunfähig machen.
Ebenso könnte das Auftauchen neuer Probleme das Gefühl auslösen, "alles zu schaffen, bloß das nicht mehr".
JACOBS sieht als antezedente Bedingung des Selbstmordes, daß das neu aufgetauchte Problem in einer Reihe ähnlicher Probleme gesehen wird, die nicht geändert werden können.
Ebenso kann jedoch gerade die "Neuartigkeit" von Problemen diese ebenfalls als unlösbar erscheinen lassen.
Von anderen Jugendlichen wurde der Selbstmordversuch nicht als Reaktion auf eine Reihe von Problemen dargestellt, sondern als Ausweg aus einem nicht lösbaren Problem. Diese Jugendlichen gaben an, Schwierigkeiten mit ihrem Partner zu haben. Der instrumentelle Charakter dieser Selbstmordversuche, d.h. durch den Selbstmordversuch möglicherweise eine Beziehung 'zu retten', wurde von ihnen übereinstimmend angegeben.

9.7.3. Die Bedeutung der Selbstmordhandlung

Unter "Bedeutung" oder "Sinn" der Handlung soll verstanden werden, was der Jugendliche mit dem Suizidversuch "erreichen" wollte. Dabei wird nicht angenommen, jeder Suizid-

versuch hätte einen manipulativen Charakter, jedoch ist für jeden Jugendlichen der Suizidversuch mit bestimmten Vorstellungen verbunden (die z.T. darin bestehen, sich auszumalen, "wie leid es doch allen Leuten tut, wenn ich tot bin". SHNEIDMAN nennt solche Denkabläufe 'catalogical semantic'.Dies kann bei sehr vielen Jugendlichen aufgezeigt werden: die Freude darüber, welch schlechtes Gewissen der Vater, der Freund etc. haben, kann ja von ihnen nicht mehr erlebt werden, reicht aber in der Antizipation aus, den Selbstmordversuch zu unternehmen.)
Mit dieser kurzen Ausführung ist schon eine Gruppe von Jugendlichen charakterisiert, die durch ihren Selbstmordversuch in erster Linie "etwas verändern" wollten, wobei also die appellative Komponente die evasive Komponente übertrifft (WIENDIECK, 1972).
Wie ausgeführt (vgl. 6.4.) ist die appellative Komponente um so ausgeprägter, je wahrscheinlicher das Individuum die Möglichkeit einschätzt, die präsuizidale Konfliktsituation zu lösen.
Die Selbstmordversuche der Jugendlichen sollen im folgenden grob danach unterteilt werden, inwieweit die appellative oder die evasive Komponente überwiegt. Innerhalb der Gruppe der "appellativen Selbstmordversuche" wird unterschieden zwischen denjenigen, die ihren Selbstmordversuch selbst als Mittel in einer langdauernden Auseinandersetzung (meist mit den Eltern) bezeichneten und denjenigen, die ihren Selbstmordversuch erstmalig als Reaktion auf neue Konflikte unternahmen.

9.7.4. Überwiegen der appellativen Komponente

9.7.4.1. Selbstmordversuch/Selbstmord als letzte Verhaltensmöglichkeit

Nach SPÄTE (1973) ist die Entwicklung zum Suizid durch Kommunikationsverarmung, d.h. Signalvergröberung gekennzeichnet. Folgende Hypothese soll formuliert werden (vgl.

Pb 8, 12, 14): Besteht ein langdauernder zentraler Konflikt, der mit verschiedenem - im gröber werdenden - Verhalten nicht geändert werden kann, bleibt der Selbstmord/Selbstmordversuch als letztes Mittel.
Dieser zentrale Konflikt war bei Pb 8, 12, 14 Auseinandersetzungen mit dem - in ihren Augen - strengen, wenig liebevollen Vater. Alle drei gaben an, bestimmte Dinge schon früher durch ein anderes Verhalten (das sich meist in eine Reihe zunehmend "gröberer" Signale bringen läßt, z.B. "drüber reden", "nicht mehr mit ihm reden", "länger von zu Hause wegbleiben", "weglaufen", "Alkohol trinken" etc.) ändern zu wollen. Der Selbstmordversuch sollte in erster Linie eine Warnung an den Vater darstellen, dabei wollten Pb 12, 14 sicher nicht sterben (die Rettung war sicher eingeplant, Pb 12 schluckte die Tabletten in einem Restaurant und wurde von der Bedienung entdeckt. Pb 14 nahm die Tabletten nachmittags zu Hause, wo sie sicher war, daß die Mutter kommt und sie entdecken würde.), Pb 8 hingegen betonte, daß er keine Hoffnung mehr habe, mit seinem Vater reden zu können, deshalb lieber tot wäre ("... dann hat er wenigstens ein schlechtes Gewissen"). (Pb 8 wurde nur durch Zufall nachts in einem Park gefunden.)
Bei Versagen der appellativen Komponente wird somit die evasive Komponente verstärkt. Eine vereinfachende Abfolge kann beschrieben werden: auf der ersten Stufe wird versucht, den Grundkonflikt durch immer gröbere und destruktivere Verhaltensweisen zu ändern (auch auf dieser Stufe kann der Selbstmordversuch als Mittel eingesetzt werden, wobei jedoch die Rettung sicher eingeplant wird). Ändert sich die konfliktbeladene Situation nicht, besteht nur noch die Möglichkeit durch den Tod "Rache" zu üben, Protest auszudrücken.

9.7.4.2. Selbstmord als neues Verhalten

Wie bei den o.g. Fällen kann auch bei diesen Jugendlichen (Pb 4, 5, 6, 7, 25) der Selbstmordversuch als Mittel, "etwas zu verändern" angesehen werden. Während bei Pb

8, 12, 14 der Selbstmordversuch als Resultat vielfältiger Bemühungen, doch noch - auch auf anderem Wege - etwas zu ändern dargestellt wurde, gaben diese Jugendlichen an, der Suizidversuch stelle die Reaktion auf eine völlig neue Belastung dar. Dabei begründeten Pb 5, 6, 7, 25 ihren Suizidversuch mit dem "Verlust ihres Partners, der jedoch nicht als endgültig angesehen wurde (alle betonten, daß dieser sicher "zurückkomme", wenn er sehe, wie sehr man leide). Es wäre jedoch zu einfach, diese Fälle als "demonstrativ" abzutun, obwohl das Arrangement des Selbstmordes sehr "dramatisch" gestaltet war, die Rettung jedoch sicher. Pb 5 nimmt Tabletten, fährt zu einem Freund und bricht dort zusammen, Pb 6 erzählt seinen Freunden, er habe Tabletten geschluckt, Pb 7 erzählt dies ihren Kolleginnen. Pb 4 und Pb 25 nehmen diese Tabletten zu Hause, wissen aber sicher, daß die Eltern jeden Tag um diese Zeit heimkommen. Alle diese Jugendlichen suchten aktiv nach Rettung.
Wie jedoch schon erörtert wurde, sind auch diese Suizidversuche (die wohl eher als Parasuizid bezeichnet werden könnten) sehr ernst zu nehmen. Im Vordergrund steht die appellative Komponente, da diese Jugendlichen die Möglichkeit, ihre Konfliktsituation (d.h. den Partner "zurückzubekommen") zu ändern, sehr "hoch" einschätzen.
Diese Selbstmordversuche wurden von den Jugendlichen selbst als "Appell" verstanden und als Auseinandersetzung - mit allerdings stark vergröberten Mitteln - aufgefaßt, bei der man nach dem - sicher mißglückten - Suizidversuch auf die Betroffenheit anderer und die dadurch ausgelösten Bestrebungen, die Situationen zu ändern, hoffte.
Nimmt man die eingangs thematisierte Ansicht an dieser Stellt noch einmal auf, Selbstmordversuche - und seien sie noch so wenig "ernsthaft" - stellten nie ein isoliertes Ereignis dar, so stellt sich die Frage, welcher Prozeß führte bei diesen Jugendlichen zu einer derartigen Verarmung ihrer Ausdrucksmittel, daß nur noch die - angedrohte, wenn auch nicht ausgeführte - Selbstzerstörung als Mittel der Auseinandersetzung blieb. Geht man weiterhin davon

aus, daß bei Versagen dieser Mittel eine Vergröberung der dann verwendeten Mittel eintreten kann, also die evasive Komponente die appellative Komponente übertrifft, stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten die Umgebung dieses Jugendlichen hat, auf den Suizidversuch zu reagieren. Zu berücksichtigen ist hier noch das von FREDERICK und RESNICK vorgebrachte Argument, Verstärkung der Selbstmordhandlung (z.B. durch Zuwendung, Aufmerksamkeit oder durch Erreichen des durch den Selbstmordversuch intendierten Ziels) etabliere dieses Verhalten als "erfolgversprechendes" Mittel der Auseinandersetzung des Selbstmordgefährdeten mit seiner Umwelt.

9.7.4.3. Überwiegen der evasiven Komponente

Von diesen Jugendlichen (Pb 2, 9, 13, 15, 19, 20, 22, 26, 27, 28) wurde der Selbstmordversuch nicht mehr als Möglichkeit angesehen, irgendetwas zu verändern ('da ja sowieso alles sinnlos sei', 'am besten wäre es weg zu sein'). Hilfe durch die Umwelt wurde als wenig nutzbringend angesehen. Übereinstimmend betonten sie, daß sie zwar Konflikte mit den Eltern, Schwierigkeiten in der Schule etc. hätten, dies alleine jedoch nicht ausreiche, um sich umzubringen. Viele gaben an, keine Lust zum Leben zu haben, oder zumindest einfach'mal 'ne Zeitlang weg zu sein'. "Ich hab mir gesagt mit den Tabletten, da ist das so, da schläfst du ein und bist dann halt weg. Sterben wollt ich wohl schon und vor allem weg sein." (Pb 13) Dieses "Weg sein"-Wollen könnte Ähnlichkeiten aufweisen mit den von FEUERLEIN (1971) beschriebenen parasuizidalen Handlungen, worunter er alle Handlungen versteht, die lediglich eine Lebenspause, eine Zäsur oder aber einen Appell an die Umwelt zum Ziel haben und Rettung sicher eingeplant ist. Allerdings bestehen m.E. bei den unter dem Begriff der parasuizidalen Geste subsumierten Handlungen zu große Unterschiede, da FEUERLEIN nur auf den relativ harmlosen Ausgang dieser Handlungen abzielt. Akzep-

tiert man die Vorstellung des Selbstmordes als möglichen "Appell an die Umwelt", so drückt sich darin sehr viel nach außen gerichtete "Kommunikation" aus, wohingegen die Vorstellung, durch den Selbstmord eine Zäsur zu erreichen, eine Lebenspause anzustreben, eher die Unfähigkeit zur "Kommunikation" darstellt. So wurde von vielen Jugendlichen der Wunsch geäußert, durch den Selbstmord "weg zu sein, nicht mehr denken, reden, handeln müssen" und eher Resignation und Furcht vor Auseinandersetzung ausgedrückt. Diese evasive Komponente in der Selbstmordhandlung läßt sich weiter unterteilen in eine Ausprägung, endgültig aus dem "Felde zu gehen" (Pb 22, 27, 28), wobei von diesen Vorstellungen über den Tod als etwas "Endgültiges" ausgesprochen wurden, während andere Jugendliche vorübergehend "weg" sein wollten, diese Jugendlichen sahen Schlaf und Tod als ähnlich an; ein Jugendlicher äußerte die Vorstellung, sein Selbstmordversuch wäre ihm vorgekommen wie das Verhalten von Kindern, die die Augen zumachten und glaubten, niemand würde sie sehen, so hätte er gedacht, er müsse nur eine Zeitlang aufhören zu existieren und alles würde sich ändern. Zwei Jugendliche (Pb 10, 21) nannten als Grund für die Tabletteneinnahme auch den Wunsch weg zu sein, "den Kopf im Sand zu verstecken" (Pb 10). Beide nahmen eine Überdosis an Tabletten unter dem Einfluß von Alkohol und lehnten es ab, dies als Selbstmordversuch zu bezeichnen, betonten jedoch, daß es ihnen gleichgültig gewesen wäre, wenn sie dabei gestorben wären. Sie bezeichneten ihr Verhalten als "unüberlegt". "Das war halt ein Kurzschluß. War ja sowieso alles Attrappe" (Pb 10), "Ich hatt so viel getrunken, dann hab ich halt durchgedreht" (Pb 21). Während Pb 10 jede Selbstmordabsicht abstritt (dies ist jedoch mit diesem Vorbehalt zu interpretieren, daß ihm wegen seines unkooperativen Verhaltens mit der Einweisung in eine Psychiatrische Klinik gedroht worden war), gab Pb 21 an: "Mit dem Gedanken hab ich schon oft gespielt, nur den Mut hatt' ich nicht. Ich hab schon ein paarmal durchgedreht und an den Pulsadern rumgeschnitten." Diese recht impulsiven Selbstmordversuche,

deren Ausführung in erster Linie durch den relativ hohen Alkoholkonsum erleichtert wurde (oder sogar der Selbstmordversuch dadurch erst als Möglichkeit erschien), haben eine Vorgeschichte, die darauf hinweist, daß es eine sukzessive Annäherung an den Selbstmord gibt.
So weist LESTER (1972) daraufhin, daß Fälle von Automutilitation, wie sie Pb 21 zeigt, enge Beziehungen zum Selbstmordversuch aufweisen können.
Eine Reihe der Jugendlichen hatte schon länger und häufig geplant, sich umzubringen, die Tabletten, für den Suizidversuch trugen sie schon lange bei sich, für den Fall, "daß es nicht besser wird".
"Ich hab's schon lange vor (Tabletten zu nehmen), ich hab's immer rausgeschoben. Am Montag hab ich mir gesagt, wenn's bis Freitag nicht besser wird, dann machst du es." (Pb 22)
"Ich hab's mir schon 2, 3 Monate überlegt und dann hab ich nach und nach die Tabletten gekauft und hab mir gesagt, nächste Woche, da machst du es und ich hab's auch gemacht." (Pb 28)
"Vor 4 Monaten hab ich mir die ersten Tabletten gekauft und dann ab und zu immer neue dazu gekauft. Ich wollt sterben, auf jeden Fall. Für mich hat das Leben keinen Sinn, ich glaub nicht, daß sich was ändert." (Pb 27)

10. Diskussion und Zusammenfassung, Ausblick

Am Schluß dieser Arbeit stellt sich die Frage, wieweit es möglich war und gelungen ist, aus der Vielzahl sehr unterschiedlicher Informationen der Jugendlichen ein Mosaik zu bauen, das ein Abbild ihrer Situation darstellt.
Das Überwiegen junger Mädchen beim Suizidversuch wurde beschrieben und mögliche Interpretationen bereits skizziert, die von rollentypischen Erwartungen (ein mißglückter Suizid würde als unvereinbar mit der männlichen Rolle angesehen) bis zur Möglichkeit eines statistischen Artefakts reichen.
Fast die Hälfte der befragten Jugendlichen stammten aus strukturell unvollständigen Familien, die nach gängiger Definition als 'broken home'-Situation zu bezeichnen wären, jedoch empfanden - nach ihren Aussagen - auch die Jugendlichen aus sog. intakten Familien die familiäre Situation, speziell die Ehe ihrer Eltern als "zerrüttet". Auf die Gefahr der Überdeterminierung des Begriffes "broken home" wurde hingewiesen, so kann nicht jede Konstellation, die als "broken home" bezeichnet wird, als gleichermaßen gravierend für den Jugendlichen angesehen werden. Es stellt sich damit die Aufgabe, stärker nach Ursachen des "broken home" und den damit möglicherweise verknüpften spezifischen Verarbeitungsmustern des betroffenen Jugendlichen zu differenzieren.
Weiterhin wurde versucht, für die Jugendlichen wichtige Konflikte mit den Eltern, mit Gleichaltrigen und auch am Arbeitsplatz und in der Schule darzustellen. Ausführlich wurde auf die Probleme des Alkoholkonsums eingegangen, sowie eine kurze Beschreibung der Situation jugendlicher Arbeitsloser gegeben.
Es soll jedoch nicht übersehen werden, "daß detallierte Kenntnisse über Krankheitsbild, Umweltfaktoren und Motivationen eher darüber hinwegtäuschen, wie wenig doch letztlich über die treibenden Kräfte zur Selbstdestruktion bekannt ist". (HOLE, 1973) Stellt man die Selbstmordhandlung in den lebenslangen Prozeß, Konflikte zu erleben, auszuhalten und zu lösen, so kann die Selbstmordhandlung - unabhängig von der vom Individuum gesetzten Intention - als eine selbst-

zerstörerische Lösungsmöglichkeit bestehender Konflikte angesehen werden. Für die Situation Jugendlicher wurde gerade der Umbruch und die damit verbundene Ausweitung seines Lebensraumes als typisch herausgearbeitet. Daraus ließe sich ableiten, daß der Selbstmordversuch Jugendlicher - in stärkerem Maße als der Erwachsener - Ausdruck für die Unfähigkeit darstellt, mit der Vielzahl neuer (und schon bestehender) Konflikte fertig zu werden. Die Selbstmordhandlung Jugendlicher wurde nach dem Überwiegen der evasiven oder appellativen Komponente eingeteilt.
Betrachtet man Selbstmordhandlungen sowohl mit evasivem als auch mit überwiegend appellativem Charakter, zeigt sich, daß schon im Vorfeld der Selbstmordhandlung nach Hilfe gesucht wurde: einigen Jugendlichen wurden die später zum Suizidversuch verwendeten Medikamente vom Arzt, den die meisten kurz vor dem Suizidversuch mit unklaren Beschwerden aufsuchten, verschrieben. Somit könnte im Vorfeld der Suizidhandlung eine Somatisierung der Konflikte stattfinden; Suizidhandlung und die Zunahme psychosomatischer Störungen könnten als Zeichen zunehmender Kommunikationsverarmung gewertet werden und gewännen instrumentellen Wert, da andere Ausdrucksmöglichkeiten versagten.
Dieses Paradigma der zunehmenden Verarmung der Ausdrucksmöglichkeiten, so daß als letztes nur noch die Selbstzerstörung übrigbleibt, zeigt sich auch in den Problemen dieser Jugendlichen mit ihrem Alkoholkonsum: Alkohol (und Drogen) gewannen für sie in erster Linie Bedeutung als Mittel zur Problemlösung, sowie die dargestellten Bedeutungen des Alkohols als Mittel zur Stärkung des schwachen Selbst und als Möglichkeit zu vergessen. So könnte auch die - bei allen Jugendlichen zu beobachtende - Einschränkung ihrer Ausdrucksmöglichkeiten und Fähigkeit zur Auseinandersetzung die Hoffnungslosigkeit ihrer Situation gegenüber bedingen; gemeinsam war allen, daß ihnen ihre Konflikte unlösbar - oder nur durch den massiven Eingriff, wie es der Selbstmordversuch mit in Kauf genommenen tödlichen Konsequenzen darstellt - änderbar erschienen; verbale Auseinandersetzungen waren schon als sinnlos und überflüssig bezeichnet worden. Beinah alle Selbstmordhandlungen zeigten demnach

auch appellartige Züge, d.h. der Jugendliche selbst hoffte, durch den Selbstmordversuch etwas zu bewirken oder zumindest zu signalisieren, daß er die übermächtige Konfliktsituation nicht mehr bewältigt, so machte das Arrangement Rettung möglich und wahrscheinlich und war oft auf die Bezugsperson des Konfliktes gerichtet. Es wäre falsch, diese Suizidversuche nur als demonstrativ zu bezeichnen, da sie gerade auch in ihrem z.T. sehr deutlichen instrumentellen Charakter das Versagen anderer Kommunikationsmittel signalisieren. (Häufig wird der Suizidversuch erst dann ernstgenommen, wenn die medizinischen Konsequenzen schwerwiegend sind, jedoch - wie von BECK et al. (1975) nachgewiesen wurde - stellt die Letalität der verwendeten Methoden keinen hinreichenden Indikator für die Ernsthaftigkeit der Tötungsabsicht dar.)

Es stellt sich die Frage, wieweit Selbstmordversuche junger Menschen überhaupt zu verhindern sind und welche Maßnahmen zur Nachbetreuung angezeigt wären. Der erste Teil dieser Frage kann - recht lapidar - damit beantwortet werden, daß keine verbindlichen Regeln zur Verhinderung eines Selbstmordversuches aufgestellt werden können; so schreibt beispielsweise BRON (1976), die beste Prophylaxe wären "liebende und verständnisvolle Eltern"; und sicherlich wäre ein harmonischer Idealzustand zu entwerfen, indem ein Individuum die beste Möglichkeit zur Entfaltung hat. Da aber die Hindernisse beim Erreichen eines solchen Idealzustands zu groß sind, kann man nur versuchen, im Vorfeld des Suizids noch Hilfe zu leisten. So zeigt die Vielzahl sehr unterschiedlicher Versuche, die eigene Machtlosigkeit auszudrücken und Hilfe zu suchen, Möglichkeiten einzugreifen: zum einen sollten die vielen von den Jugendlichen vorgebrachten Beschwerden (meist waren es Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit) sehr ernst und als Anlaß genommen werden, mit dem Jugendlichen zu reden. Selbstmorddrohungen oder Andeutungen müssen mit genügend Sensibilität angesprochen werden, denn weder ignorieren noch überbesorgtes Eingehen auf diese Andeutungen hilft dem Jugendlichen. Die wenigen, dem Jugendlichen noch verbliebenen Ausdrucksmöglichkeiten

müssen demnach gefördert werden.
Es dürfte bei dem heutigen Stand des Wissens beinah unmöglich sein, im nicht auffälligen Vorfeld alle Suizidgefährdeten zu erfassen (dabei muß auch die Überlegung einiger Autoren, wieweit ein Screening-Verfahren - nach dem Kosten-Nutzen-Prinzip - als effektiv zu bezeichnen wäre, berücksichtigt werden).
Erfahrungen aus den USA, wo es inzwischen in über 200 Städten sog. Suicide Prevention Centers (oder Crisis Intervention Centers) gibt, zeigen, daß ein großer Teil von Suiziden und Suizidversuchen nicht verhindert werden kann, nämlich Suizide von Personen, die ihre Konflikte nicht mehr mitteilen können und wollen und deshalb darauf verzichten, aktiv nach Hilfe zu suchen. Darüberhinaus ist die Forderung nach einer Primärprävention zwar wünschenswert, jedoch utopisch, solange die Sekundärprävention, d.h. die Nachsorge für Personen nach einem Suizidversuch, so unbefriedigend bleibt: "Als klinischer Psychiater sollte man derzeit ehrlich sein und eingestehen, daß schon viel erreicht wäre, wenn der Bereich der Sekundärprävention organisatorisch und methodisch in den Stand gesetzt wäre, diejenigen zu versorgen, die noch einmal davongekommen sind." (BÖHME, 1977, S. 3547).
Betrachtet man die Situation eines Jugendlichen, der nach einem Selbstmordversuch auf die Intensivstation eingeliefert wird, so zeigen sich schon recht konkrete Ansatzpunkte der Betreuung: die Nachbetreuung bei einem Suizidversuch hängt bis jetzt weitgehend von der Schwere der zugefügten Verletzung ab, d.h. Intensität der medizinischen Betreuung. Nicht selten werden Jugendliche, deren Intoxikation gering war, sehr schnell wieder entlassen, ohne daß ein ausführliches Gespräch, in dem die Situation des Jugendlichen geklärt wird, stattgefunden hat. Kriterien für die Entlassung sind neben der Schwere der Intoxikation/Verletzung der Grad der noch vermuteten Suizidalität. Doch gerade bei der Erfassung der Suizidalität zeigen sich die - z.T. schon thematisierten - Schwierigkeiten: so wird dem Suizidant nicht selten ablehnend oder verständnislos begegnet, da er das

Selbstverständnis der dort Tätigen verletzt und somit der eingeschätzte Grad der Suizidalität eher dem Grad der Bereitschaft, Verständnis entgegen zu bringen, entspricht. Andererseits bedingt die Struktur des Krankenhauses, sobald keine medizinische Indikation mehr vorliegt, auf Entlassung zu drängen. Dabei ist dann oft der kurze Klinikaufenthalt (meist wenige Tage) die einzige Spanne der Entlastung, die dem jugendlichen Selbstmordgefährdeten zur Verfügung steht.
Daraus ergibt sich die Forderung nach einem umfassenden Nachsorgekonzept, das zum einen Vorschläge für die akute Betreuung Suizidgefährdeter im Krankenhaus erarbeitet (gerade für das häufig bei Suizidversuchen überforderte Personal), zum anderen Einrichtungen für die Nachbetreuung, wo dem Selbstmordgefährdeten - mit therapeutischer Hilfe - die Möglichkeit, seine zum Selbstmordversuch führenden Konflikte aufzuarbeiten und alternative Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, gegeben wird.
Das Suizidgeschehen ist immer mit psychischen Problemen gekoppelt. Eine Gesellschaft, deren geringe Sensibilität für diese Probleme sich nicht zuletzt darin äußert, daß die von ihr für die Erhaltung von Gesundheit und psychischem Wohlergehen beauftragten Mitglieder in wenigen Fällen genügend Kompetenz aufweisen, muß mit dieser hohen Selbstmordquote rechnen.

I. Bibliographie

AKERS,R.L.: Deviant Behavior: A Social Learning Approach. 2nd Ed. Belmont, 1977

ALBERT,H.: Traktat über kritische Vernunft. Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften. Studien in den Grenzgebieten der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Bd. 9. Tübingen, 1968

AMERY,J.: Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod. Stuttgart, 1976

AMMON,G.: Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. In: Dynamische Psychiatrie, 7, 1974, S. 1 ff.

ARBEIT,S.; BLATT,S.J.: Differentiation of Simulated and Genuine Suicide Notes. In: Psychological Reports, 1973, 33, S. 283-297

BABOW,I.; KRIDLE,R.: Problems and Encounters of a Suicidal Adolescent Girl. In: Adolescence, Vol. VII, No. 28, 1972, S. 459-478

BANCROFT,J.H.J.:; SHRIMSKIRE,A.M.; SIMKIN,S.: The Reasons People Give for Taking Overdoses. Brit.J.of Psychiatry, 1976, Vol. 128, S. 538-548

BEALL,L.: The Dynamics of Suicide: A review of the Literature 1897-1965. Bulletin of Suicidology, 1969, S. 2-16

BECK,A.T.: Depression. Philadelphia, 1972

BECK,A.T.; BECK,R.; KOVACS,M.: Classification of Suicidal Behavior: I. Quantifying Intent and Medical Lethality. Amer.J.of Psychiatry, 1975, Vol. 132,3, S. 285-287

BECK,A.T.; LESTER,D.; KOVACS,M.: Attempted Suicide by Males and Females. In: Psychological Reports, 1973, 33, S. 965-966

BECK,A.T.; LESTER,D.: Components of Suicidal Intent in Completed and Attempted Suicides. In: The J. of Psychology, 1976, 92, S. 35-38

BECK,A.T.; WEISSMAN,A.; LESTER,D.; TREXLER,L.: Classification of Suicidal Behaviors. Archives of General Psychiatry, Vol. 33, July 1976, S. 835-837

BECK,A.T.; LESTER,D.: Components of Depression in Attempted Suicides. In: The J. of Psychology, 1973, 85, S. 257-260

BIENER,K.; BURGER,Ch.: Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher. In: Der Nervenarzt, 1976, 47, S. 179-185

BIRTCHNELL,J.: The relationship between attempted suicide, depression and parent death. Brit. J. of Psychiatry, 1970, 116, S. 307-313

BOCHNIK,H.J.: Zur statistischen Phänomenologie des Selbstmordes. Zentralblatt Neurologie, 1969, 196, S.1

BÖHME,K.: Suizidentenbetreuung als poliklinische Aufgabe. Therapiewoche 1977, 27, S. 3546-3548

BOSTOCK,T.; WILLIAMS,C.L.: Attempted Suicide: An operant formulation. Australian and New Zealand J. of Psychiatry, 1975, Vol. 9(2), S. 107-110

BRON,B.: Suizidversuche bei jungen Menschen. In: Fortschritt. Neurol. Psychiat., 1976, 44, Heft 8, S. 435-446

BROWN,T.R.; SHERAN,T.J.: Suicide Prediction: A review. Life-Threatening-Behavior, 1972 (Sum), Vol. 2 (2), S. 67-98

CLAUSEN,L.: Jugendsoziologie. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz, 1976

CLOPTON,J.R.; JONES,W.C.: Use of the MMPI in the prediction of suicide. In: J. of Clin. Psychol., 1975 (Jan), Vol. 31, No. 1, S. 52-54

COOMBS,D.; MILLER,H.: The Scandinavian Suicide Phenomenon: Fact or Artifact? Another Look. In: Psychol. Reports, 1975 (Dec.), Vol. 37, S. 1075-1078

CROOK,Th.; RASKIN,A.: Association of Childhood Parental Loss with Attempted Suicide and Depression. In: J. of Consult. and Clin. Psychol., 1975, Vol. 43, No. 2, S. 277

DIGGORY,J.C.: Calculations on Some Costs of Suicide Prevention using Certain Predictors of Suicidal Behavior. Psychol. Bulletin, 1969, 71, S. 373-386

DORPAT,T.L.; BOSWELL,J.W.: An Evaluation of Suicidal Intent in Suicide Attempts. Comprehensive Psychiatry, 1963, 4, S. 117-125

DORPAT,T.L.; JACKSON,J.K.; RIPLEY,H.S.: Broken Home and Attempted and Completed Suicide. Arch. Gen. Psychiat., 1965, 12, S. 213-216

DOUGLAS,J.D.: The social meanings of suicide. Princeton, N.J., 1967

DURKHEIM,E.: Der Selbstmord (Le Suicide, dt). Neuwied, 1973

FARBER,M.L.: Theory of Suicide. New York, 1968

FARBEROW,N.:; SHNEIDMAN,S. (Eds): The Cry for Help. New York, 1961

FEGER,H.: Konflikterleben und Konfliktverhalten. Psychologische Untersuchungen zu alltäglichen Entscheidungen. Bern, 1978

FEUERLEIN,W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung? Der Nervenarzt, 1971, 42, S. 127-130

FLYNN,M.F.: Time Perspective in suicidal patients. Transient state or trait. Diss. Chicago, 1974

FREDERICK,C.J.; RESNICK,H.L.: How suicidal behaviors are learned. Amer. J. of Psychotherapy, 1971 (Jan.), Vol. 25 (1), S. 37-55

GIBBS,J.P. (Ed.): Suicide. New York/London, 1968

GIBBS,J.P.: Suicide. In: Merton,R.K.; Nisbet,R.A. (Eds.): Contemporary Social Problems. New York, 1966, S. 313-315

GIBBS,J.P.; MARTIN,W.T.: Status Integration and Suicide. Eugene, 1964

GREAVES,G.: Pseudosuicide as a Symbolic Act. In: Psychol. Reports, 1972, 31, S. 280

GREER,S.: Parental loss and attempted suicide: A further report. Brit.J.of Psychiatry, 1966, 112, S. 465-470

HAIDER,J.: Suicidal attempts in children and adolescents. Brit.J.of Psychiatry, 1968, 114, S. 1133-1134

HARSAUER,H.; LEMPP,R.; NISSEN,G.; STRUNK,P.: Lehrbuch der Speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin/Heidelberg/New York, 1974

HARTMANN,K.: Ein Beitrag zur Psychopathologie minderjähriger Suizidanten. In: Prax. Kinderpsychol. und Kinderpsychiat., 1970, 19, S. 168-170

HENRY,A.F., SHORT,J.F.: Suicide and homicide. London, 1954

HENSELER,H.: Narzißtische Krisen / Zur Psychodynamik des Selbstmords. Reinbek, 1974

HENSELER,H.: Suizidhandlung unter dem Aspekt der psychoanalytischen Narzißmustheorie. Psyche, 1975, 29 (3), S. 191-207

HOELLER,K.: Phenomenological foundations for the study of Suicide. Omega, 1973, 4, No. 3, S. 195-208

HOFFMANN, N.: Depressives Verhalten. Salzburg, 1976

HOLE,G.: Suizidalität und Selbstwertverlust im Erleben depressiver Patienten. In: Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 1973, 23, S. 233-238

JACOBS,J.: Selbstmord bei Jugendlichen. München, 1974

JAHODA,M.; LAZARSFELD,P.F.; ZEISEL,H.: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch. Frankfurt/M., 1978, 2. Aufl.

JÖRNS,K.-P.: Nicht leben und nicht sterben können; Suizidgefährdung - Suche nach dem Leben. Wien/Freiburg/Basel/Göttingen, 1979

JOHNSON,B.D.: Durkheim's One Cause of Suicide. American Sociological Review, 1965 (Dec.), 30, S. 877-891

KASAKOS,G.: Zeitperspektive, Planungsverhalten und Sozialisation. Überblick über internationale Forschungsergebnisse. München, 1971

KENNEDY,P.; KREITMANN,M.; OVENSTONE,E.M.K.: The Prevalence of Suicide and Parasuicide in Edinbourgh. Brit.J.of Psychiatry, 1974, 124, S. 36-41

KESSELL,N.: Self-Poisoining: Part one. Brit.Medical Journal, 1965, 2, S. 1265-1270

KIEV,A.: Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters. Amer.J.of Psychiatry, 1976, 133, S. 150-153

KOBLER,A.L.; STOTLAND,E.: The end of hope. A social-clinical study of suicide. London, 1964

KOCHANSKY,G.E.: Risk Taking and Hedonic Mood Stimulation in Suicide Attempters. In: J. of Abn. Psychol., 1973, 81, No. 1, S. 80-86

KOENIG,R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl., Bd. 2. Stuttgart, 1973

LAMBLEY,P.; SILBOWITZ,M.: Rotter's Internal-External Scale and Prediction of Suicide Contemplaters among Students. In: Psychological Reports, 1973, 33, S. 585-586

LAUCKEN,U.: Naive Verhaltenstheorie. Ein Ansatz zur Analyse des Konzeptrepertoires, mit dem im alltäglichen Lebensvollzug das Verhalten der Mitmenschen erklärt und vorhergesagt wird. Stuttgart, 1974

LEMPP,R.: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, 1972

LEONARD,C.V.; FLINN,D.E.: Suicidal Ideation and Behavior in Youthful Nonpsychiatric Population. In: J.of Consult. and Clin. Psychol., 1972, 38, No. 3, S. 366-371

LESTER,D.: Punishment experiences and suicidal preoccupation. In: J.of Gen. Psychol., 1968, 113, S. 89-94

LESTER,D.: Status Integration and Suicide. In: Psychol. Reports, 1970, 26, S. 492

LESTER,D.: Anomie and the Suicidal Individual. Psychol. Reports, 1970, 26, S. 532

LESTER,D.: Factors Affecting Choice of Method of Suicide. In: J. of Clin. Psychol., 1970, 26, No. 4, S. 437

LESTER,D.: Attempts to Predict Suicidal Risk using Psychological Tests. Psychol. Bulletin, 1970, 74, S. 1-17

LESTER,D.: MMPI Scores of Old and Young Completed Suicides. Psychol. Reports, 1971, 28, S. 146

LESTER,D.: Cognitive Complexity of the Suicidal Individual. Psychol. Reports, 1971, 28, S. 158

LESTER,D.: Self-Mutilitating Behavior. In: Psychol. Bulletin, 1972, 78, No. 2, S. 119-128

LESTER,D.: Temporal Perspective and Completed Suicide. In: Perceptual and Motor Skills, 1973, 36, S. 760

LESTER,D.: Suicide and internal-external orientation. Psychology, 1973 (Aug), 10, No. 3, S. 35-39

LESTER,D.; BECK,A.T.: Early loss as a possible sensitizer to later loss in attempted suicide. In: Psychol. Reports, 1976, 39, S. 121-122

LESTER,D.; BECK,A.T.; AARON,T.: Suicidal Intent. Medical Lethality of the Suicide Attempt, and Components of Depression. In: J. of Clin. Psychol., 1975 (Jan.), 31, No. 1, S. 11-12

LINDEN,K.J.: Der Suizidversuch. Stuttgart, 1969

LINEHAM,M.M.: Suicide and Attempted Suicide: Study of Perceived Sex Differences. In: Percept. and Motor Skills, 1973, 37, S. 31-34

LUNGERSHAUSEN,E.: Suicide und Suicidversuche bei Schülern. Z. Präv.-Med., 1966, 11, S. 414-433

MAPES,B.: Suicidal vs acting-out adolescents. Selected behaviors. Diss. Ann Arbor/Mich., 1974

MC EVOY,T.S.A.: Comparison of suicidal and non-suicidal patients by means of TAT. Diss. Abstracts, 1963, 24 (3), S.1248

MELGES,F.T.; WEISZ,A.E.: The Personal Future and Suicidal Ideation. In: J. of Nervous and Mental Disease, 1971, 153, No. 4, S. 244-250

MENNINGER,K.: Die Selbstzerstörung. Frankfurt, 1974 (1938)

MIESSLER,M.: Leistungsmotivation und Zeitperspektive. München, 1976

MIKAWA,J.K.: An Alternative to Current Analyses of Suicidal Behavior. In: Psychol. Reports, 1973, 32, S. 323-330

MINKOFF,K.; BERGMANN,E.; BECK,A.T.; BECK,R.: Hopelessness, Depression and Attempted Suicide. American J. of Psychiatry, 1973, 130, No. 4, S. 455-459

MISKIMIUS,R.W.; WILSON,L.T.: Revised Suicide Potential Scale. J. of Consult. and Clin. Psychol., 1969, 33, S. 258

MURRAY,D.C.: Suicidal and Depressive Feelings Among College Students. In: Psychol. Reports, 1973, 33, S. 175-181

MUSSEN,P.H.; CONGER,J.J.; KAGAN,J.: Lehrbuch der Kinderpsychologie. Stuttgart, 1976

NEURINGER,C.: Methodological Problems in Suicide Research. In: J. of Consult. Psychol., 1962, 26, S. 272-278

NEURINGER,C.: Divergencies between attitudes toward life and death among suicidal, psychosomatic and normal hospital patients. J. of Consult. and Clin. Psychol., 1968, 32, S. 59-63

NEURINGER,C.; LETTIERI,D.J.: Cognitions, attitudes and affect in suicidal individuals. Life-Threatening Behavior, 1971, 1, S. 106-124

OPP,K.-D.: Methodologie der Sozialwissenschaften. Einführung in Probleme ihrer Theorienbildung. Reinbek, 1976

OSGOOD,Ch.E.; WALKER,E.G.: Motivation and language behavior: A Content analysis of suicidal notes. J. of Abn. and Soc. Psychol., 1959, 59, S. 58-67

OSTOW,M.: The psychic function of depression: a study of energetics. Psychoanalytic Quarterly, 1960, 29, S. 355-394

PARNITZKE,Ch.; REGEL,H.: Analyse von Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen. Kinderärztliche Praxis, 1973, 4, S. 152-160

PAYKEL,E.S.: Life Stress, Depression and Attempted Suicide. J. of Human Stress, 1976, 2, S. 3-12

PEDERSON,A.M.; AWAD,G.A.; KINDLER,A.R.: Epidemiological Differences Between White and Nonwhite Suicide Attempters. Americ. J. of Psychiatry, 1973, 130, No. 10, S. 1071-1076

PIAGET,J.: Erkenntnistheorie der Wissenschaften vom Menschen. Die Wissenschaften vom Menschen und ihre Stellung im Wissenschaftssystem. Frankfurt, 1973

PÖLDINGER,W.: Die Abschätzung der Suizidalität. In: Kielholz; Kaeser; Klinger (Hrsg.): Aktuelle Probleme in der Psychiatrie/Neurologie, Bd. 1 Bern, 1968

PÖLDINGER,W.; GEHRING,A.; BLASER,P.: Suicide Risk and MMPI Scores, Especially as Related to Anxiety and Depression. Life-Threatening-Behavior, 1973, 3, S. 147-153

PÖLDINGER,W.; HOLE,G.: Die Selbstmordhandlung als Symptom. Praxis der Psychotherapie, 1971, 16, No. 4, S. 185-194

POHLMEIER,H. (Hrsg.): Selbstmordverhütung. Anmaßung oder Verpflichtung. Bonn, 1978a

POHLMEIER,H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung. München/ Wien/Baltimore, 1978b

POHLMEIER,H.: Depression und Selbstmord. Eine kritische Information. München, 1971

POKORNY,A.D. The Scandinavian suicide phenomenon - myth or reality? Life-Threatening Behavior, 1973, 3, S. 11-19

POKORNY,A.D.; KAPLAN,H.B.; TSAI,S.Y.: Hopelessness and Attempted Suicide: A Reconsideration. Americ. J. of Psychiatry, 1975, 132, No. 9, S. 954-959

PRETZEL,P.W.: Philosophical and ethical considerations of suicide prevention. Bulletin of Suicidology, 1968 (July), S. 30-38

RESNICK,J.H.; KENDRA,J.M.: Predictive value of the "Scale for Assessing Suicide Risk" (SASR) with Hospitalized Psychiatric Patients. In: J. of Clin. Psychol., 1973, 29, No. 2, S. 187-190

RINGEL,E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Unter besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte. Wien, 1961

ROBERTSON,A.; COCHRANE,R.: Attempted Suicide and Cultural Change: An Empirical Investigation. In: Human Relations, 1976, 29, No. 9, S. 863-883

ROOTMAN,I.: A Cross-Cultural Note on Durkheim's Theory of Suicide. In: Life-Threatening-Behavior, 1973 (Sum), 3 (2), S. 83-94

ROSEN,A.: Detection of Suicidal Patients: An Example of Some Limitations in the Prediction of Infrequent Events. J. of Consult. Psychol., 1954, 18, S. 397-403

SAWYER,J.B.: An incidence study of military personel engaging in suicidal behavior. Military Medicine, 1969, 134, S. 1440-1444

SHNEIDMAN,E.S.: Suicidology. New York, 1976

SCHMIDTOBREICK,B.: Suizid und Suizidversuche bei Suchtkranken. In: Ringel,E. (Hrsg.): Sucht und Suizid. Freiburg, 1976

SCHOBER,K.: Arbeitslose Jugendliche: Belastungen und Reaktionen der Betroffenen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 11/1978, S. 198-215, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz

SCHRAML,W.J. (Hrsg.): Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch für Psychologen, Ärzte, Heilpädagogen und Studierende. Bd. I/II. Bern, 1970

SCHWAB,Th.: Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter - eine statistische Untersuchung an 157 Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diss. Marburg, 1975

SEIFFERT,H.: Einführung in die Wissenschaftstheorie Bd. 1. München, 1972

SEITZ,W.: Erziehungshintergrund jugendlicher Delinquenz. In: Lukesch,H. (Hrsg.): Auswirkungen elterlicher Erziehungsstile. Göttingen, 1975

SELG,H. (Hrsg.): Zur Aggression verdammt? Ein Überblick über die Psychologie der Aggression. 4. Aufl. Stuttgart, 1975

SHAPIRO,H.: Suizid, Euthanasie und die Bedeutung des Seins. In: Eser,A. (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart, 1976 S. 52-61

SHNEIDMAN,E.S.; FARBEROW,N.L.; LITMAN,R.E.: The Psychology of Suicide. New York, 1970

SIEGEL,E.; GRUND,H.: Über den Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Psychiat. Neurol. medizin. Psychol., (Lpz), 1973, 25, S. 42-52

SINGER,G.: Person, Kommunikation, soziales System. Paradigmata soziologischer Theorienbildung. Wien/Köln/Graz, 1976

SPÄTE,H.F.: Über kommunikative Elemente suizidaler Handlungen. Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1973, 25, 11, S. 647-655

STENGEL,E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt, 1969

STENGEL,E.; COOK,N.G.: Attempted Suicide. London, 1958

STENGEL,E.; FARBEROW,N.L.: Certification of Suicide around the wall. In: Farberow,N.L. (Ed.): Preceedings of the Fourth International Conference for Suicide Prevention. Los Angeles, 1968

STORK,J.: Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Salzburg, 1972

STRÖBEL,E.: Auswirkungen und Konsequenzen der Jugendarbeitslosigkeit. In: Protokoll einer Klausurtagung II, 1.-3.1978. Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg: Arbeitslose Jugendliche - wie geht es weiter?

STUTTE,H.: Endogen phasische Psychosen des Kindesalters. Acta paedopsychiatrica, 1963, 30, S. 34-42

TARTER,R.E.; TEMPLER,D.J.; PERLEY,Rh.L.: Death Anxiety in Suicide Attempters. In: Psychol. Reports, 1974, 34, S. 895-897

THOMAE,H.: Der Mensch in der Entscheidung. München, 1960

THOMAE,H.: Konflikt, Entscheidung, Verantwortung. Ein Beitrag zur Psychologie der Entscheidung. Stuttgart, 1974

TUCKMAN,J.; YOUNGMAN,W.A.: A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. J. of Clin. Psychol., 1968, 24, S. 17-19

WACKER,A.: Arbeitslosigkeit - soziale und psychische Voraussetzungen und Folgen. Frankfurt/Köln, 1977 2. unveränd. Aufl.

WALLACE,S.E.: Selbstmord und Totschlag und das Recht auf Leben, Sterben und Töten. In: Eser,A. (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart, 1976

WEISSMANN,M.M.: The Epidemiology of Suicide Attempts, 1960-1971. Archives of General Psychiatry 1974 (Jun), 30, 6, S. 737-746

WELLHÖFER,P.R.: Suizid und Suizidversuch: Theorien, Ergebnisse, Möglichkeiten der Prophylaxe. In: Psychol. Rundschau, 1974, 25 (3), S. 205-221

WELZ,R.: Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten. Weinheim/Basel, 1979

WENZ,F.V.: Anomie and Level of Suicidality in individuals. In: Psychol. Reports, 1975, 36, S. 817-818

WENZ,F.V.: Self-Evaluation and Suicide Potential. In: Psychol. Reports, 1976, 39, S. 289-290

WERNER,W.: Selbstmord(versuch) und Psychose. Deutsche medizin. Wochenschrift,1974, 99, S. 583-584

WETZEL,R.D.: Ratings of Life and Death and Suicide Intent. In: Psychol. Reports, 1975, 37, S. 879-885

WIDMAIER,K.: Zur Beschreibung und Erklärung von Jugendarbeitslosigkeit. In: Protokoll einer Klausurtagung II, 1.-3.8.1978; Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg: Arbeitslose Jugendliche - wie geht es weiter?

WIENDIECK,G.: Zur appellativen Funktion des Suizidversuchs. Diss. Köln, 1972

YUFIT,R.J.; BENZIW,B.; FONTE,M.E.; FAWCETT,J.A.: Suicide Potential and Time Perspective. Archives of Gen. Psychiatry, 1970, 23, S. 158-163

ZILBOORG,G.: Suicide among civilized and primitive vaces. Amer.J. of Psychiatry, 1935, 92, 36, S. 1347-1369

ZWINGMANN,Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung. Frankfurt/M., 1965

II. A N H A N G

- Tabellen
- Interviewleitfaden

Erläuterung zu Tabelle 1

Spalte 1: Alter

" 2: Geschlecht

" 3: Staatsangehörigkeit

" 4: Konfession

" 5: eigener Familienstand

" 6: Familienstruktur

a) Eltern zusammenlebend = 0
getrennt lebend = 1

b) Verlust eines Elternteils durch
Tod = 1
Scheidung = 2
Sonstiges (Heimaufenthalt etc.) = 3

c) Vp bei den Eltern/Elternteil lebend = 0
Vp alleine/Heim = 1
Vp bei Verwandten lebend = 2

" 7: Anzahl der Geschwister

Tabelle 1

Vp Nr.	Alter	Geschl.	Staats angeh.	Konf.	Fam. stand	Fam.struktur a	b	c	Geschw.
01	18	w	Türk.	moh.	led	1	2	o	4
02	19	w	D	ev	led	o	-	2	4
03	16	w	D	ev	led	1	2	1	3
04	19	w	D	ev	led	o	-	o	3
05	19	m	D	ev	led	o	-	1	1
06	17	m	D	kath	led	o	-	o	3
07	17	w	D	ev	led	o	-	o	1
08	19	m	Jugos.	kath	led	o	-	1	2
09	16	m	D	kath	led	1	1,2	o	2
10	18	m	D	ev	led	o	-	o	4
11	16	w	D	kath	led	o	-	o	1
12	17	w	D	kath	led	o	-	o	3
13	17	m	D	kath	led	1	1,2	2	11
14	17	w	Türk.	moh.	led	o	-	o	3
15	19	w	D	kath	verh	1	1,3	2	2
16	18	w	D	ev	led	o	-	o	4
17	15	m	D	kath	led	o	-	o	1
18	17	w	Türk.	moh.	led	1	2	o	2
19	16	m	D	ev	led	1	1	2	6
20	18	w	D	ev	led	1	1	o	7
21	17	w	D	kath	led	1	2	o	7
22	20	m	D	ev	led	1	2	1	o
23	16	w	Türk.	moh.	led	1	3	o	2
24	19	w	D	ev	led	o	-	o	2
25	15	w	D	ev	led	o	-	o	1
26	17	w	D	kath	led	o	-	o	3
27	16	w	D	ev	led	o	-	o	3
28	16	m	D	ev	led	1	3	o	2
29	19	w	D	kath	led	o	-	o	2
30	17	m	D	kath	led	o	-	o	1

Erläuterung zu Tabelle 2

Spalte 8: Schulbildung
- Hauptschule = 1
- Realschule = 2
- Gymnasium = 3

" 9: Berufsausbildung
- ungelernt = 0
- z.Zt.in der Lehre = 1
- Lehre beendet = 2
- Lehre abgebrochen = 3
- Schüler = 4

" 10: Arbeitslosigkeit
- z.Zt. nicht arbeitslos = 1
- z.Zt. arbeitslos = 2
- früher arbeitslos = 3

" 11: Beruf der Eltern
a) Vater
b) Mutter
- z.Zt. arbeitslos = 0
- ungelernter Arbeiter = 1
- gelernter Arbeiter = 2
- unterer/mittl. Angest. = 3
- höherer Angestellter = 4
- unterer/mittl. Beamter = 5
- höherer Beamter = 6
- selbständig = 7
- Rentner = 8
- nicht berufstätig = 11

Erläuterung zu Tabelle 2

Spalte 12: chronische Erkrankung eines Elternteils

" 13: eigene Erkrankung/Sucht

Alkoholabusus	= 1
Halluzinogenmißbrauch	= 2
Tablettenabusus	= 3
psychovegetative Beschwerden (in ärztl. Behandlung)	= 4
psychiatrisch/neurolog. Erkrankung	= 5

Tabelle 2

Vp Nr.	Schul-bild.	Berufs-ausbild.	Arbeits-los.keit	Beruf d. Elt. Vater	Mutter	chron. Erkr.e. Elt.teil	eigene Erkr./ Sucht
01	1	0	1	1	1	-	4
02	1,abgebr	3	3	3	11	Vater,Kr.-heit unbek	4/5
03	1	3	2	3	11	-	-
04	1	3	3	2	11	-	-
05	1	3	3	7	11	-	-
06	1	1	1	5	1	-	-
07	1	1	1	7	3	-	-
08	1	2	1	2	1	-	1/2
09	1	1	1	3	1	-	4
10	1	3	2	2/0	11	Vater, Alkohol.	1
11	2	4	1	5	11	-	5
12	2	4	1	5	11	-	1
13	1	1	1	3	11	-	-
14	1	1	1	8	1	Vater, Alkohol.	-
15	1	3	2	keine Angaben		-	1/2
16	1	1	1	2	3	-	2
17	3	4	1	6	11	-	2
18	1,abgebr	0	1	2	1	-	-
19	1	3	2	2	11	-	-
20	1	2	1	2	1	-	-
21	1	0	1	1/0	1	Vater, Alkohol.	1
22	1	3	3	1	11	-	1/2/3
23	1	0	1	2	1	-	-
24	1	3	3	3	11	-	5
25	2	4	1	7	11	-	-
26	3	4	1	3	3	-	1/3
27	3	4	1	5	3	-	-
28	1	1	1	2	1	-	1/2
29	1	0	1	2	1	-	-
30	2	4	1	6	11	-	-

Erläuterung zu Tabelle 3

Spalte 14: Methoden des Suizids

- Schmerztabletten = 1
- Schlaftabletten = 2
- sonstige Medikamente = 3
- zusätzlich Alkohol = 4
- zusätzlich Pulsadern aufgeschnitten = 5

" 15: Zeitpunkt des Suizidversuchs

- vormittags = 1
- nachmittags = 2
- abends = 3
- nachts = 4

" 16: Schwere der zugefügten Verletzung/Intoxikation (nach Angabe der behand. Ärzte)

- leicht = 1
- mittel = 2
- schwer = 3

" 17: Ankündigung des Suizidversuchs

- keine = 1
- indirekte = 2
- deutliche = 3

" 18: Frühere eigene Suizidversuche

- keine = 1
- einen = 2
- mehrere = 3
- keine Angaben = 0

Erläuterung zu Tabelle 3

Spalte 19: Umgebung z.Zt. des Selbstmordversuchs

- zu Hause = 1
- im Freien = 2
- in Gaststätten etc. = 3
- keine Angaben = 4

" 20: Planung (nach Angaben der Jugendlichen)

- "spontanter Entschluß" = 1
- "seit enigen Tagen (bis 2 Wochen)" = 2
- "Wochen bis Monate geplant" = 3
- keine Angaben = 4

" 21: Möglichkeit zur Rettung

- Rettung sicher = 1
- wahrscheinlich = 2
- unwahrscheinlich = 3
- selbst nach Rettung gesucht = 4

" 22: Beabsichtigte Weiterbehandlung

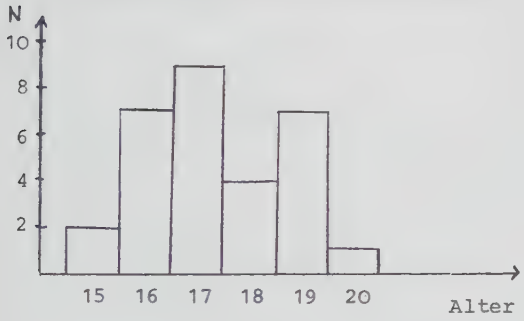
- Entlassung nach Hause = 1
- ambulante psychiatrische Weiterbehandlung = 2
- stationäre psychiatrische Behandlung = 3
- sonstige Maßnahmen = 4

Tabelle 3

Vp Nr	Meth.	Zeit pkt	Schwere d.Verl.	An- künd.	früh. Vers.	Um- geb.	Plan.	Rett. mögl.	Weit. beh.
01	1/3	4	1	1	1	1	1	1	1
02	2	4	2	3	2	1	1	2	3
03	3	4	1	2	2	1	1	1	4
04	2	1	1	1	1	1	2	1	2
05	2	1	2	2	1	1	1	4	4
06	1/2	3	1	3	1	1	1	4	1
07	1/4	1	1	3	1	2	2	4	1
08	1/2/4	4	3	2	1	2	3	3	2
09	1/2	4	1	3	O	1	3	3	3
10	2/3/4	4	1	1	1	1	1	4	2
11	1/2	2	1	2	3	1	4	2	3
12	1/2/4	2	2	3	1	3	2	2	3
13	1/2/3/4	3	2	3	2	1	2	2	4
14	3	2	1	3	1	1	1	1	3
15	2	4	2	1	O	1	1	2	4
16	3/4/5	1	1	1	O	2	2	3	2
17	2	3	1	1	1	1	1	2	1
18	1/5	3	1	1	1	1	1	2	1
19	2	1	1	1	1	1	3	2	4
20	3	3	1	1	1	1	1	2	2
21	3/4	4	1	1	2	3	1	1	2
22	2/4	3	2	3	1	1	3	2	2
23	2	3	1	3	1	1	1	2	1
24	2/5	3	2	1	1	1	1	2	2
25	2	3	1	1	1	1	2	2	1
26	2/3	2	2	1	1	1	1	2	2
27	2	2	1	1	1	1	3	2	3
28	2/3/4	3	3	3	1	1	3	3	3
29	1/2	3	1	2	1	O	1	1	1
30	2/3	3	1	2	O	1	1	2	1

Tabellarische Darstellung der Daten

1. Darstellung der Altersverteilung



2. Geschlecht

Männlich	10
Weiblich	20

3. Staatsangehörigkeit

Deutsch	25
Jugoslawisch	1
Türkisch	4

4. Konfession

evangelisch	14
katholisch	12
mohammedanisch	4
sonstige	0

5. Familienstand

ledig	29
verheiratet	1

6. Familienstruktur

vollständig			18
unvollständig			12
davon	geschieden	7	
	gestorben	5	
	komb.	3	
	sonstiges	3	
z. Zt.	bei den Eltern(teil)		22
	allein (Heim)		4
	bei Verwandten		4

7. Anzahl der Geschwister

Einzelkind	1
bis 2 Geschwister	14
mehr als 2 Geschwister	15

8. Schulbildung

Hauptschule	23	davon abgebrochen	2
Realschule	4		
Gymnasium	3		

9. Beruf

ungelernt	5
in der Lehre	7
beendete Lehre	2
abgebrochene Lehre	9
Schüler	7

10. Arbeitslosigkeit

zur Zeit (der Erheb.)	4
früher	5
nicht	21

11. Beruf der Eltern

	Vater	Mutter
ungelernter Arbeiter	3	11
gelernter Arbeiter	10	0
unterer/mittl. Angest.	6	4
höherer Angestellter	0	0
unterer/mittl. Beamter	4	0
höherer Beamter	2	0
Rentner	1	0
davon z.Zt. arbeitslos	2	0
nicht berufstätig	0	14
selbständig	3	0
keine Angaben	1	1

12. Chronische Erkrankungen eines Elternteils

Vater Alkoholiker	3
unbekannte chron. Erkr.	1

13. Eigene Erkrankungen/Sucht

Alkohol-/Drogenabusus	10
Verdacht auf psych. Erkr.	2
chron. Kopfschmerzen	2
Anorexia	1

14. Methoden des Suizidversuchs

Tabletten	Schmerz	-
	Schlaf	9
	sonstige	1
	komb.	20
zusätzlich Alkohol		8
zusätzlich Pulsadern		3

15. Zeitpunkt

vormittags	5
nachmittags	5
abends	12
nachts	8

16. Schwere der Intoxikation (nach Angabe der behandelnden Ärzte)

leicht	20
mittel	8
schwer	2

17. Ankündigung des Suizidversuchs

keine	14
indirekte	6
deutliche	10

In 5 Fällen keine explizite Selbstmordabsicht:
Vp Nr. 1, 4, 10, 12, 21

In 4 Fällen lagen Abschiedsbriefe vor:
Vp Nr. 6, 7, 12, 13

18. Frühere eigene Selbstmordversuche

keine	21
einen	4
mehr als einen	1
keine Angaben/unklar	4

In 3 Fällen Selbstmordversuche im Bekanntenkreis/Familie

19. Umgebung zur Zeit des Suizidversuchs

zu Hause	24
im Freien	3
in Gaststätten etc.	2
keine Angaben	1

20. Planung (nach Angaben der Jugendlichen)

spontaner Entschluß	17
seit wenigen Tagen bis 2 Wochen geplant	2
Wochen bis Monate geplant	8
keine Angaben/unklar	3

21. Möglichkeit zur Rettung

Entdeckung	sicher	6
	wahrscheinlich	16
	unwahrscheinlich	4
selbst nach Rettung gesucht		4

22. Suizidphantasien

wurden von 29 Patienten angegeben

23. Im Krankenblatt erhobenes Motiv

"Liebeskummer"	11
Schwierigkeiten mit Arbeitsplatz	2
Schwierigkeiten mit Eltern	2
keine Angaben	15

24. Beabsichtigte Weiterbehandlung

Entlassung nach Hause	9
ambulante psychiatrische Weiterbetreuung	9
stationäre psychiatr. Weiterbetreuung	7
sonstige Maßnahmen	5

INTERVIEWLEITFADEN

Datum:

Interviewer:

Name: Vp Nr.:

Geb.Datum:

Geschlecht: m
w

Konfession:

Staatsangeh.:

Familienstand: led.
verh. seit:
gesch. seit:
verw. seit:

Anzahl der Kinder:

Alter der Kinder:

Geburt der Kinder: ehelich
unehelich

Beruf / Ausbildung:	abgeschlossen: ja	nein
Volksschule		
Realschule		
Gymnasium		
Berufsschule		
Lehre		

Arbeitslosigkeit: seit

Vp Nr.:

Familienstand der Eltern: led.
verh.
gesch. seit:
verw. seit:

Tod des Vaters
Tod der Mutter

Wiederheirat eines Elternteils

Chronische Leiden / schwere Behinderung der Eltern:

Beruf des Vaters: ausgeübt: ja nein

Beruf der Mutter: ausgeübt: ja nein

Anzahl der Geschwister:

Alter der Geschwister:

lebt Familie zusammen: ja nein
seit wann
nähere Umstände

Wohnungswechsel: ja nein
wie oft
warum
wann

Größe der Wohnung:

Restriktionen:

eigenes Zimmer:

Vp Nr:

Suizidanamnese:

Aufnahmedatum: Uhrzeit:

Aufnahmediagnose:

bei Intoxikation:
Schlaftabletten
Schmerztabletten
Beruhigungstabletten
sonstige
Alkohol
Komb.
Menge

Im Krankenblatt erhobene Suizidanamnese:

Wie wurden die zum SMV verwendeten Medikamente besorgt:

Verordnung durch Arzt
für wen
zu welchem Zweck
rezeptfreie Medikamente

Durch wen und wie erfolgte Aufnahme ins Krankenhaus

Ort des Suizidversuchs:

zu Hause
bei Freunden
im Freien (Parks etc.)
vor Gaststätten etc.

Umgebung zur Zeit des Suizidversuchs:

Vp Nr:

Vorkrankheiten:

frühere Krankenhausaufenthalte:
wann
wie lange
Grund

Frühere Suizidversuche: ja nein

Grund
wann
Nachbehandlung: ja nein
wie

Suizidversuche in der Familie: ja nein
wer

Vorangegangene Suizidversuche im Bekanntenkreis:

Suizidphantasien:

Planung des Suizids:

Stimmung unmittelbar vor Suizid:

Ankündigung des Suizid:

Reaktion auf mißglückten Suizid: der Vp
der Eltern/Bekannten

Medizin. Vorkenntnisse:

Alkoholkonsum:

Drogen:

Vp Nr:

Schule:

Schulleistungen: zur Zeit
früher

Leistungsabfall: wann
Anlaß

Lieblingsfächer / bes. Interessen:

Verhalten im Unterricht (Mitarbeit, Redeängste etc.):

Reaktion auf ungerechte Behandlung:

Bewertung der Schulsituation:

Integration in die Klasse (Innehalten best. Positionen etc.):

Reaktion der Eltern auf schulische Leistung:
Förderung durch die Eltern
Förderung durch andere

Eigener Leistungsanspruch:
im Vergleich zu den Eltern

Verhalten in lösbar beurteilten Situationen:
(Krit. für Lösbarkeit)

Verhalten in unlösbaren Situationen:
(Krit. für Unlösbarkeit)

Vp Nr:

Lehre:

Berufsentscheidung: durch wen veranlaßt
Beweggründe

Berufswissen:

Tägliche Arbeitszeit:

Verdienst:

Wieweit darf über Verdienst verfügt werden:

Aufstiegsmöglichkeiten:

Berufliche Vorstellungen:

Arbeitsklima: Verhältnis zu Kollegen
Möglichkeit zu eigenständiger Arbeit

Zufriedenheit mit dem Beruf:

Vp Nr:

Freizeit:

durchschnittliche Freizeit

zusätzliche Pflichten außerhalb Schule/Lehre

erlaubte/verbotene Tätigkeiten

Taschengeld:

Verdienst:

Wo wird Freizeit überwiegend verbracht:

Fernsehen (was, wie lange)

Bücher (welche, weshalb)

Sport

Mitglied im Verein

wodurch werden die angegebenen Interessen beeinflußt

Einfluß der Eltern

Förderung der Interessen

Vp Nr:

Familie:

Erziehung: wer hat die Hauptfunktion

Erziehungsstil: Verbote (einsichtig/uneinsichtig)

Konsistenz

Belohnung (wann, wie, wer, welche Bedeutung für den Pb)

Bestrafung

Wer trifft Entscheidungen in der Familie (bei innerfamiliären Angelegenheiten / bei sonstigen Angeleg.):

Charakterisierung des Vaters / der Mutter:

Mit wem identifiziert sich Pb stärker:

Vorbilder innerhalb der Familie / außerhalb der Familie:

Beziehung zu Geschwistern:

Reaktion der Eltern bei Konflikten,
die Pb verursacht hat
die sie selbst verursacht haben

Gemeinsame Aktivitäten mit den Eltern (Freizeit, Urlaub):

Wann, wie oft werden Zärtlichkeiten gezeigt
(zwischen Eltern, zwischen Eltern/Kind):

Vp Nr:

Bezugsgruppe:

Art der Beziehung (feste, lose Gruppe):

Struktur der Gruppe (Hierarchie etc.)

Einschätzung der eigenen Rolle innerhalb der Gruppe

Einschätzung der Gruppenmitglieder:

nach Grad der Attraktivität

nach Vertrauen

Enttäuschungen (Reaktion darauf etc.):

Reaktion der Eltern auf Freunde (Ablehnung/Zustimmung):

Zweierbeziehung:

fester Kontakt, Dauer der Beziehung

Partnerwechsel

sexueller Kontakt (1. Kontakt, Häufigkeit)

"Zukunftspläne" mit dem Partner

Reaktion der Eltern

homosexuelle Problematik

Lebenslauf

Gundelinde - Suse Fritz

2.9.1953	geboren in Pfedelbach/Hohenlohe als Tochter des Bürgermeisters Erich Fritz und seiner Ehefrau Elisabeth Fritz, geb. Schmid
1959-1963	Hauptschule Pfedelbach
1963-1972	Hohenlohe Gymnasium Öhringen mit abschließender Reifeprüfung am 21.6.1972
1972-1973	Beginn des Studiums an der Universität Tübingen mit Kunstgeschichte und Germanistik
1973	Beginn des Medizinstudiums an der Universität Tübingen
1973-1980	Medizinstudium in Tübingen
17.4.1980	Medizinisches Staatsexamen

DRUCK: *Günter Rieger* · OFFSET-SCHNELLDRUCK
Hutschdorf 14 8656 THURNAU Ruf: 09228/1299